

特集

Special

座談会

# 多死時代の在宅終末期医療と 看取りの文化

司会・進行

大原昌樹  
占部秀徳  
花戸貴司  
東條環樹  
安部美保

香川県・綾川町国保陶病院長

広島県・公立みつぎ総合病院診療部長（歯科医師）

滋賀県・東近江市永源寺診療所長

広島県・北広島町雄鹿原診療所長

大分県・訪問看護ステーションくにさき管理者



2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、2040年頃には死亡者数がピークに達すると考えられている。多死時代を迎えるわが国では、人生最期を迎える場所の確保が緊急の課題となってくる。厚労省では、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、平成30年3月にガイドラインを約10年ぶりに改定した。

本来、理想的な死の迎え方は在宅での死であろう。ところが在宅での死は、現在では特殊な事例となっている。人は病院で死を迎えるものという考え方が一般的になっていて、医療機関で死を迎える比率は7割を超える状況にある。終末期を在宅で迎えるためには、介護力不足や病状の変化への対応などに課題があると思われる。今後、多死時代を迎えるにあたり、人生最期を迎える場所や逝き方についても検討すべき課題である。

そこで、今回は在宅医療・ケアに携わる医師、歯科医師や看護師の方々に、多死時代の在宅終末期医療や看取りの文化について語っていただくこととしたい。



大原昌樹氏



占部秀徳氏



花戸貴司氏



東條環樹氏



安部美保氏

## 「最期は家で過ごしたい」を実現するための普及啓発が必要

大原 本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。本日は「多死時代の在宅終末期医療と看取りの文化」をテーマに、座談会を行いたいと思います。

2025年に団塊の世代が後期高齢者になり、死亡する人が150万人くらいになります。その後もどんどん増えて2040年ぐらいにピークを迎え、170万、180万人ぐらいの死亡者になると言われています。これから多死時代を迎えるというわが国ですが、人生の最期をどのように迎えるのか、どのような場所で迎えるのかが大きな課題になっています。

本日は、広島県公立みつぎ総合病院診療部長で歯科医師の占部先生、広島県北広島町雄鹿原診療所長の東條先生、滋賀県東近江市永源寺診療所長の花戸先生、そして、大分県国東市訪問看護ステーションくにさき管理者の安部さんの4人の在宅医療や終末期医療を実践しておられる方にお集まりいただきました。東條先生と花戸先生は、兵庫県養父市が過疎地での医療に励む若手医師を表彰する「やぶ医者大賞」を受賞されていて、在宅医療を含めて地域に密着した医療を展開され、地域のマネジメントも行っておられます。占部先生はみつぎ総合病院で地域包括ケアにかかわるさまざまな活動を展開されています。東條先生、安部さんと私は、国診協地域ケア委員会在宅医療推進部会の委員を務めさせていただいています。

それではお1人ずつ自己紹介を兼ねて、ご自分の在宅医療や終末期医療、看取りへのかかわりをご紹介いただければと思います。まず東條先生からお願いします。

東條 北広島町雄鹿原診療所の東條です。北広島町は

広島県の一番県北の島根県との県境にあります。対象人口は2,300人で、高齢化率47%です。地域特性としては人口減少がかなり進んでいて、高齢化や独居、老老介護、老老世帯が現実に来ている地域です。高齢の方が春から秋までは通院できますが、冬季は非常に積雪の多い所で、今年は10年ぶりに2mを超えました。そのため、冬季だけは訪問診療に切りかえるなど、そういう対応をしなくては地域で医療を提供できない場所です。もう1つの特徴としては、対象エリアに入院病床がないので在宅医療にかなり関心を持って取り組んでいます。

私は北広島町に卒後5年目の平成13年に赴任しました。それから1年間は少し大きな病院で研修しましたが、その後は北広島町の診療所で勤務しています。やはり最初は医師として頑張ろう、自分が頑張れば何とかかなるという思いでしたが、実際には熱心に取り組んだ時期を経て、みんなの協力を得て多職種でチームを組まないと、在宅の医療の質も量も限られてしまうことがわかったのです。そういうことによりやく気づいて、今は多職種のチーム連携で在宅医療に取り組んでいます。

大原 それでは、占部先生お願いします。

占部 公立みつぎ総合病院歯科の占部です。御調町の人口はだんだんと減ってきて、私が赴任した当時は8,000人を超えていましたが、今は7,000人ほどで高齢化率約36%です。出生は年間30~40人ぐらいで、高齢者が増えて訪問診療を行うことは当然のことだと思っています。

多くの歯科医師が人の最期を看取することは少ないと思います。というのも通常、歯科は診察室で治療が完結します。しかし、最近は訪問診療として地域の施設や在宅で診療を行っています。その診療の多くが義歯



に関する診療です。

私が大学に在籍していた時は、先進医療が中心で訪問診療や地域医療などのことは考えたことはありませんでした。みつぎ病院に赴任してから地域医療や地域住民の事を考えるようになり訪問診療などを行っていますが、そのような中で最近は病院でも在宅でも緩和ケアとの関わりが多くなりました。終末期のがん患者さんの訪問診療に行かせていただくようになって、口の中を診るとかなりひどい状態になっていることを多く見かけます。身体部分は在宅の医師が診られていますが、口の中をきれいにすることは難しく、口の中をケアしなければ本当に汚い状態になっているケースも多く経験させてもらいました。やはり最期はきれいな状態で迎えてもらいたいと思っています。

ただ、当院だけで実施しても満足いくことはできず、終末期まで訪問している歯科医師が地域におられるのかおられないのか、あるいは、終末期の患者さんをどうやってうまく歯科につなげていけるかがなかなかできていないと感じています。地域で終末期まで“くち”を通して関わっていくことは私1人だけでできるわけではないので、ネットワークの構築ができればいいと思っています。

**大原** 在宅医療で歯科の先生のかかわりというのは非常に大切です。それでは花戸先生お願いします。

**花戸** 私が勤務している東近江市永源寺診療所は、滋賀県の南東部、旧永源寺町にあります。対象人口は5,400人、高齢化率35%を超える地域です。今回は看取りがテーマになっていますが、地域では病院も含めて、

年間約60の方が亡くなられています。私が死亡診断書を書いている数は、年間30～36枚ですので、亡くなっている方の半数ぐらいの方の死亡診断書を書いていることになります。東條先生の地域と同じく、地域内には入院できる病院施設はありませんが、車で10分ぐらいの所には320床の総合病院がある、比較的アクセスのいい地域です。

しかし、地域の皆さんは病院に行くよりも「最期まで家で暮らしたい」と願われる方が多いように思います。私が赴任したのは平成12年、最初に診療所に赴任した時に、看取りも含めて在宅医療を頑張ろうと思っていたのですが、田舎なので職種も限られていて医師も1人しかいない。必然的にできることも限られてきます。私は2つのことを考えました。まず1つは、外来に来られている段階から患者さん本人に「ご飯が食べられなくなったらどうしたいですか、病院に行きますか、家にいますか」と尋ねるようにしました。すると外来に来られる方の9割以上の方が、「最期までは家にいたい」と言われるのです。次に、そのような人達の願いを叶えるためにはと考えると在宅医療の充実となるのですが、医療や介護の専門職だけが頑張るのではなく、地域の方々と一緒に支える仕組みができないかと考えました。これがもうひとつのことです。

私たちは「チーム永源寺」といって永源寺地域の医療・介護の専門職だけではなく、商工会や警察官、消防士、お寺さんや民生委員、もちろんご近所の方々と一緒に住民さんの生活を支えるため定期的に集まり情報交換を行っています。

**大原** 花戸先生ありがとうございました。では、安部さんお願いします。

**安部** 私は大分県国東市にある国東市民病院併設の訪問看護ステーションで管理者をしています。国東市は平成18年に合併して、当時は3万4,000人以上の人口でしたが、10年を経た今は2万9,000人を割っています。高齢化率40%以上ですが、高齢者人口はピークを越えています。毎月、市の広報誌が届きますが、亡くなった方はほぼ高齢者で40人ぐらい、出生者は4人から5人ほどでした。今後どうなっていくのだろうかかと心配になりました。

私は昭和63年に新卒で国東市民病院に就職しまし

た。その当時ではまだ珍しかった訪問看護を始めるということで、保健師を2年間続けて採用していました。私は2年目で採用されて、それからずっと在宅の仕事に携わっています。この30年を振り返ってみると、在宅医療や在宅看護に対する市民の認識は大きく変わってきました。当時、住民の方は訪問看護という言葉も知らなかったですし、医療関係者ですら訪問看護を知らない人が多かったです。現在は、地域で一緒に働く職種も増えましたし、病院の看護師も在宅に目を向けてくれるようになってきました。また、行政も精力的に動いていると感じています。

このように変化してきた中で、在宅看取りに目を向けてみると、在宅医療に興味のある先生がいるときは看取りの件数も多かったのですが、そういう先生が退職されたりすると看取りの件数が減る傾向にありました。ただ、在宅医療や在宅介護を担う多職種の人たちは、スキルアップして力をつけてきているので、家で最期を迎えたい人がいっしょにすれば積極的に支援することができるようになってきました。

その一方で、地域住民の在宅看取りに対する認識はどのようなのでしょうか。私が体験した話ですが、私は数年前から出前講座で地域の人たちに訪問看護についてお話をしています。その中で「国東でも在宅の看取りができますよ」というお話をさせてもらっています。大体多くの皆さんが興味を示してくれますが、先日、この話をしたときに、参加者の方から「家で看取りするなんてとんでもない、近所の人が急に亡くなって警察が来て、住んでいた息子さんが事情聴取されて大変だった」と話をされました。そのときに、住民の認識はまだまだで、在宅看取りに不安をもっているなど感じました。できるなら在宅で最期を過ごしたいという思いを持っている人が多いことはわかっていますので、その辺の不安を取り除いていくように普及啓発していく、それは在宅の仕事を担当している私たちの役割でもあるのかなと感じています。

### 患者・家族の希望に沿う形で支援する

**大原** 安部さんありがとうございました。皆さんが地域でいろいろ活動されていることがよくわかりまし



た。これから多死時代を迎えるという話を最初にしましたが、すでにピークを迎えているというお話もありました。花戸先生の地域もそうなんですか。

**花戸** はい。もうそろそろピークアウトしそうな感じですね。

**大原** 今が非常に多いということですか。

**花戸** そうですね。高齢化は進んでいますが、どちらかという少子化がメインです。総人口はもちろん、子どもの数は明らかに減っています。後期高齢者の数は微増ぐらいで、どんどん増えているような印象でもありませんし、だから亡くなる方の数としてもそんなには変わっていません。団塊の世代の方が多数おられる都市部では、これから亡くられる方がますます増える、そんな時代になります。いわゆる国保診療施設のある地域はわれわれの地域を含め、日本の地域医療、そして地域での看取りの先進地域だと思っています。われわれが都市部の在宅医療に対してメッセージを送る役割があるということを思い、本日の座談会に参加させていただきました。

**大原** そのとおりで、国診協の地域は先進地であり、それをもっと発信していく必要があると思います。ところで、日本では十数%が自宅看取りとなっていますが、これには有料老人ホームやそしていわゆる孤独死も含まれていますので、普通の人イメージする在宅死というのはもっと少ないと思います。花戸先生は地域住民の半数を在宅で看取っているわけですが、そのあたりはいかがですか。

**花戸** 理想的な死の迎え方については、私自身は「在



宅」という言葉よりも住み慣れた「地域」という言葉のほうがしっくりくると思っていますので、必ずしも家にはこだわりません。特養やグループホーム、場合によってはサ高住かも知れません。しかし、それは地域から隔離された場所ではなく、地域に開かれた施設であることが大切だと思っています。

**大原** 患者さんやご家族といろいろな話をしながら、その方の希望に沿った形で言うということでしょうか。

**花戸** もちろんそのとおりです。外来に來ている患者さんの9割以上の方は「家で死にたい」と言っておられますが、実際希望どおりになる方は半分ぐらいです。その理由として、病状の急変や転倒して骨折などいろいろな理由がありますが、家族の都合がとても大きな要因なのです。しかし、ご本人の気持ちとしては、「できれば家、家でなくても、顔見知りの人がいる地域の中で最期まで生活をしたい」と願われている人が多い。本当に大切にすべきなのは、家族の都合よりも本人の希望のはずです。

**大原** 施設での看取りも最近が増えていきます。香川県でも自宅と施設の看取りの割合がほぼ同じぐらいになってきました。花戸先生のお考えのように住み慣れた地域という考えでいけば、それも納得できる気がします。東條先生はいかがでしょう。

**東條** 私も花戸先生と同じような考えです。私の地域では、現在年間約50名が亡くなられています。私が死亡診断書を書いている事例は、4割から5割ぐらいですが2017年は5割を超えました。ただ、それが在宅プ

ラス特別養護老人ホーム、グループホームも含めての数となっています。その中で、普段から外来に通われている時や施設に入られている方も急変などが起こる前にきちんと話をし、ゆっくり過ごすことができるならば、そこがどこであれいいと思います。どうしても病院へ行かなければならないときは、病院に行きます。しかし、在宅という選択肢があるということを知っていただく。そのプロセスをきちんと踏んでいけば、皆さん決死の覚悟という感じでなく、その時期が来たんだということです。ただ、それは納得のプロセスを踏んでいないとなかなか難しいと思いますので、悲観的な話ではなくて前向きな提案の積み重ねという感じでやっています。

**大原** 安部さんのところはどこでしょうか。

**安部** 私も先生たちの意見と一緒にです。地域包括ケアのイメージ図で、本人の選択と本人・家族の心構えが一番下のベースにあります。本人・家族がどのように生きたいのかを自分たちの意志で決め、それを最期まで支援していくことが、私たち医療従事者の役割だと思います。その選択肢は病院でも施設でも自宅でもいいですし、思いは変化していくので、その変化に寄り添っていくことが大切だと思っています。在宅で過ごしている方が、少し状態がきつくなったので病院に行きたいといえば入院すればいいし、家に帰りたいといえば帰ればいいと思います。ただ、それを支援する仕組みが必要です。その支援する中で病院や施設の選択を支援する仕組みはあっても、在宅の看取りを支援する仕組みのない地域もまだまだたくさんあります。在宅で最期を看取るという支援が難しい所になると、ご本人やご家族の選択肢が1つ消えてしまいます。

**大原** 患者さん・ご家族にとっては地域にいろいろな選択肢があることが望ましいということでしょうか。

**安部** そうですね。国東市では高齢者に対して、今後の生活を希望する場所と形態についての調査をしていますが、8割以上の方が自宅で最期を過ごしたいと希望していました。しかし、実際は家で最期を過ごすことができる仕組みを知らない人たちが大半です。

**大原** 花戸先生や東條先生のように外来で実際に患者さん・ご家族といろいろな話をすることが大事だと思いますね。

**安部** そうですね。そのプロセスがとても大事だということは感じています。最近、エンド・オブ・ライフケアという概念が出てきています。差し迫った死やいくつかは来る死について考える人が最期までどう生きたいかについて表明しそれを支えていくプロセスとされています。なので、先生たちが言われますように、死んだ場所の問題ではなく、それまでの過程にいかにかまわることが大切なのだと思います。

**大原** エンド・オブ・ライフ・ディスカッション (EOLD) とも呼ばれていますね。厚生労働省は、2018年3月「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を10年ぶりに改訂し、ACP (Advanced Care Planning) を推進していくこととなりましたが、訪問看護ではそれに沿って取り組む形で何か行っていますでしょうか。

**安部** 今度の診療報酬の改定で、ターミナルケアに関連する報酬算定において、ガイドラインを踏まえた対応が要件としてあげられていました。これまでやってきたことが明文化されたのかと思っていますので、特に変わったことはありません。

### 最期の時まで口から食べることもあり、口の中をきれいにすることを心掛ける

**大原** 占部先生、在宅ケアについてはいかがでしょうか。

**占部** どこで亡くなるかということが時として問題となりますが、それはたまたま亡くなった所が病院だったということで、体の調子が良い時には家に帰ることができて、やはり住み慣れた地域の中で亡くなるのがいいのかなと思います。どのようにして家に帰ってもらえるかなどの工夫は、いろいろな職種の方や家族の力が本当に大事だと思います。そのためには多職種の連携が非常に大切で必要だと思って仕事をしています。

**大原** やはり多職種連携ですね。いろいろな職種と連携する、地域の方とも連携するということですね。先ほど占部先生より歯科医師の立場から終末期医療についての発言がありましたが、もう少し詳しく状況についてご説明いただけますでしょうか。

**占部** 恐らく、終末期にかかわっている歯科医師は少



ないと思います。歯科は認識的に死に直結しないところがありますが、ここ最近では終末期のがん患者さんが家に帰られた後、最期の時まで口の中が痛くて食事ができなかつたりすることもあるので、痛みのコントロールをしながら継続して私たちは診させてはもらっています。徳島市で10月に開催される第58回全国国保地域医療学会で当院の歯科衛生士が発表しますが、当院の緩和ケア病棟には亡くなるその日まで口から食べることができた方が結構おられます。歯科医師のスローガンとしては、「生まれた時から最期のときまで口で食べましょう、口を使いましょう」ですが、なかなか最期の時までには難しいです。本当に亡くなる時まで患者さんは食事をとられる事もありますので、しっかりと口の中をきれいにし、できるだけ痛みを緩和して口を使えるように心掛けています。

ただ、在宅に帰って口の中に問題があるのがわかっても、歯科医師との連携が取れていなかったり、あるいはケアマネジャーも終末期の患者さんが口の中に問題があると判っていてもどこに連携を求めたらいいか判っていないことも結構あるようで、遺族にアンケートさせてもらったときには、「口の中に何か問題をかかえているが、どこにも相談できなかった」という回答もありました。本当は歯科の私たちが中心になってネットワークづくりをしていくことが大事だと思います。実際には歯科が終末期の方を診ることが少ないので、そういうところまではまだ行っていないのが現状だと思います。

**大原** ありがとうございます。安部さん、訪問看護



では口の中も見ると思いますが、いかがでしょうか。

**安部** 口腔ケアの重要性が言われていますので、昔に比べると口の中をみてアセスメントできる看護師は増えていると思います。しかし、終末期で最期の看取りのときになると、なかなか口のほうには、おざなりにされている傾向はあります。それでも国東には頑張っている歯科衛生士さんがいますので、歯科的な問題で困ったことがあれば、歯科衛生士に相談できますし、必要があれば訪問もしてくれます。さらに、歯科衛生士の判断で歯科の先生にもつないでくれます。

**大原** 相談できる歯科衛生士さんがいたらいいですね。

**安部** そうですね。とても助かっています。

**東條** その方は病院の歯科衛生士さんですか。

**安部** 併設病院に勤務しています。歯科衛生士が訪問する場合は居宅療養管理指導を利用して訪問してくれます。

**東條** その方が歯科医師に相談したいといったとき、院内に歯科医師はいらっしゃるのですか。

**安部** はい、院内に歯科口腔外科があり、その歯科衛生士さんです。ただ、在宅の訪問歯科診療は、病院に受診できる患者は診療できないと言われていました。いろいろな手を尽くして、やっとの思いで内科などに定期受診されている人たちも、受診できているということになり、訪問歯科診療してもらえないケースは多いです。

**東條** それはいいですね、病院の方針ではないですか。

**安部** 制度的な問題だと思います。受診できる人は難

しいようです。

**占部** 自宅で療養している方はどのように診療室に来られるかですね。

**大原** 通院が困難なときですね。

**占部** 処置をするときには私たちも在宅に訪問しますが、診療室にも来てもらって処置をする場合もありますが、その時は介護力の問題が出てきます。

## 高齢者の尊厳を守るために 口から食べる、排泄、保清を目標にする

**大原** 診療所では歯科に関して何か課題がありますか。

**東條** 私の診療所ではありがたいことに常勤の歯科医師が所属しています。訪問も行ってくれますし、歯科衛生士も優秀で活発な方に来ていただいているので、アクティブにフットワーク軽く行うことができています。在宅で終末期にかかわる高齢者の方が療養されるにあたっては、病気のコントロールや痛み、症状のコントロールなどが医療提供として大事ですが、高齢者の尊厳についてはすごくエッセンシャルなことを考えると、おいしく口から食べられるか、日々気持ちよく排泄ができるか、それと体の衛生です。つまり、きれいな状況で生活できるのかというこの3つを究極の目標にして、高齢者の尊厳を守ることだと思います。そのうちの最も大きな要素である口から食べること、栄養のある食事にはならないかもしれませんが、占部先生が言われたように最期の日までちょっとでも味わいたい。そういうことのエッセンシャルな欲求、尊厳を守ることに限っては非常に強い関心を持たないといけないと思います。病院の医療では、誤嚥しそうだけど食べたいと言われるので食べさせることは制限がかかっているのが難しいのです。

排泄や保清は人生の終わりが見えてきたときに、そのメリットとして在宅療養があると思います。それを私は口を酸っぱくして歯科の先生にもお伝えしていますし、それ以外の専門職や介護職の人にも強く言っています。

**大原** そうですね、歯科とのつながりは本当に大切です。花戸先生はいかがですか。

**花戸** 口腔ケアに関しては、当地域は湖東歯科医師会

に在宅歯科医療連携室があり、そこに所属される歯科衛生士さんと連携を取りながら訪問をしてもらっています。また、歯科医師の訪問が必要であれば、訪問できる歯科医師の先生に訪問していただいています。たとえば、がん患者さんの場合、亡くなられる1か月ぐらい前になるとさまざま症状が出る時期になり、濃厚なケアが必要となります。食べられなくなったときに歯科衛生士さんに訪問してもらい、乾いた口の中をマッサージして唾液が出るようにしたり、口の中をきれいにするによって、少しでも食欲が出るようにしてもらっています。また、高齢者で歯茎がやせてきたので義歯が合わないなどの場合は、歯科医の先生に来ていただいて処置をしていただく。実は在宅では、多くの場合高度な機器を使う必要は、あまりないのではないのでしょうか。病気を治すというよりも、食を中心として生活を支える。そういうことを歯科衛生士さんや歯科医師の先生方と同じ共通認識を持って、在宅で対応していくことが重要だと思っています。

話は戻りますが、がんの末期や認知症など、介護保険の認定を受ける人たちは、医療はできるだけ減らし、生活支援に重心を移していくほうが最期まで落ちついて生活ができると考えています。いつまでも医療中心の支援をつぎ込んでばかりだと本人も家族も我慢が必要になり、だんだん落ちつかない生活になってしまいます。「最高の医療を届けます」ではなく、安心して生活ができる「最高のケアを届けます」というメッセージを伝えることが必要だと思っています。

人生の最終段階においては、本人と家族が安心できる環境にどんどんシフトしていくことが必要だと、地域の人たちに説明していかないといけない。そして、地域の人たちとともに医療にすぎらないことがいい人生の過ごし方であるということ、共通認識として持つ。そのような環境の中で行う意思決定は、「どのような医療を選択するか」ではなく「どのような生活を望むか」に自然になってくる。それは、本人はもちろん家族だけが考えることではなく、医師や歯科医師、看護師、ケアマネジャー、そして地域の皆さんを含め関係するみんなが一緒に考えていかなければいけないことだろうと思います。

**大原** やはり人間の尊厳ですね。食事や清潔は大事で、

口の中や食べることを注意していくことと歯科衛生士さんとのかわりが重要となります。このことを頭に入れておくことが大事だと思います。皆さんは歯科についても熱心だと思いますが、一般的には医科歯科連携ができない地域も多いと思いますので、そのあたりに気をつけてやっていく必要があるかと感じました。

**東條** 最近ちょっと続けて口腔がんの方を診ることがありまして、幸いお2人とも在宅で最期まで過ごされました。私もいろいろながんに対応していますが、口腔がんは特殊性がありました。やはり、ご家族が直視で見ることができるということと、だんだん容貌が変わってしまうということですね。そういう時に私が主治医にはなりますが、歯科の先生にもきちんとかかわってもらって、2人で主治医を担当しました。やはりご家族も安心されてきちんと最期の看取りの時は主治医2人で行いました。

**大原** 口腔がんは周りからもいろいろと見えますからね。

**占部** そうですね。がんが増殖していくところが見えて、ご家族の方は不安だと思いますし、将来的にどうなるのだろうとよく聞かれます。

**東條** やはりがんが見えることによる不安をきちんと医師と歯科医師2人で診ていることで、ご家族の方が安心されました。

### 「自助・互助・共助・公助」を目的に 多職種連携には顔の見える関係が必要

**大原** ありがとうございます。次に多職種連携でいろいろな職種も含めていろいろ連携することが大事だと思います。花戸先生、チーム永源寺がありましたもう少し詳しく説明していただけますでしょうか。

**花戸** 私たちのチーム永源寺は、先ほどお配りしたチーム永源寺のパンフレットに記載されている方々以外にも歯科衛生士さんや学校の先生などいろいろな方にかかわっていただいています。

**東條** 花戸先生偉いですね。私だったら、このパンフレットの表紙の一部分に自分の写真を入れますけど、先生は載っていないですね。

**花戸** 私は裏方なので載っていません(笑)。

**占部** このパンフレットを見ると18人もの患者さんの



写真が表紙を飾っていますね。終末期の患者さんは、なかなか写真を撮らせてもらえないことがあります。花戸先生は地域の方々に信頼されているのかなと思います。

**花戸** ありがとうございます。われわれ医療職や介護職は専門的なことはできますが、それはその患者さんやご家族のごく一部分しか支えていないと思っています。病気や生活、それ以外にご家族の心理的な側面を支えて、何をすればもっと患者さんや地域の人たちは安心して生活できるのだろうかと考えた時に、最高の医療を届けるよりも安心して暮らせる地域をつくることのほうが大切なのではないかと、考えが変わってきました。地域のつながりを一緒にできる人はどういう人があるかなと探し回っていましたら、チーム永源寺のパンフレットにあるような皆が集まる形になりました。厚生労働省が言う「自助・互助・共助・公助」、われわれの提供している医療保険や介護保険サービスは「共助」に当たり、その地域の方々が「お互いさん」で支えている部分は「互助」になります。それぞれがお互いに繋がりあることが本当に安心して暮らし続けるために必要なことなのだろうと思っています。

**大原** このパンフレットには定期的に集まって情報交換していますと書いてありますが、どのように集まっているのですか。

**花戸** 月に1度集まって会合を開いています。毎回全

員ではありませんが30人前後が集まります。民生委員さんや生活支援サポーター「絆」という地域ボランティアグループの方も毎回参加してくださっていますし、年に1回は「地域のみんな全員集合」ということで100人ぐらい集まって認知症に対する寸劇を行ったり、われわれ医療関係者の活動の紹介も行っています。

**大原** 月1回集まったの会合の内容はどのようなものでしょうか。

**花戸** 基本的には勉強会が中心です。その他にも地域ケア会議やサービス担当者会議を開いています。それは患者さん同意のもとにボランティアの方や民生委員さんも参加してもらっています。困った時だけお願いするのではなく、普段からお互いが顔の見える関係をつくっておくことがとても重要なのです。

**東條** ケース会議やサービス担当者会議に花戸先生も出られるのですか。

**花戸** もちろん出席しますよ、当然です。

**東條** 私も出席しますが、いろいろな地域の話や医師は出ませんという地域が多いようです。

**安部** 先ほど介護度が上がるほど医療よりもケアが大切になると花戸先生が言われましたが、本当にそう思います。6年前の診療報酬と介護報酬の同時改定の時ぐらいから、考え方が病院中心から在宅中心へとシフトしましたが、在宅の現場では、まだ認識が不足しているようです。先日、在宅での看取りがありました。

本人も家族も兄弟も家で最期を迎えることを希望されて、よい看取りができたことみんなで喜んでいたのですが、その患者さんが亡くなられた後に、身内にあたる元医療者の方から、「点滴一つもしてもらえなかったの、かわいそうに」と言われました。まだまだ、病院中心の考え方から在宅中心の考え方に変わっていないなと思いました。花戸先生のチーム永源寺のように、地域の人たちにむけて話をしたり、意見を聞いたりする中で、地域の方たちの知識は深まっていくと思います。依然として、ケアよりもキュアを重視する人たちがまだまだ多いので、市民への普及啓発が大切だなとこの時も感じました。

**花戸** 遠くにいる家族ほど入院を希望する人は多いと思いますね。

**大原** こういうつながりの中で、徐々に在宅の考え方が浸透していくという感じですかね。

### 本人・家族の意見を関係者で共有し チームのスキルを上げる

**東條** 一般の方はご家族も含めて医師に頼めば何とかなる、急変したとき救急車を呼べば何とかなると思われる方が多いのですが、そこをどう啓発していくかです。医師はもちろん、サービス担当者会議やケース会議にも出席しますが、そのときにケアマネジャーが多職種の方々を呼んで、ご本人・ご家族に安心してもらおう意味もあって、ケース会議を開催するのです。さらに医師の役割としては、ご家族とご本人の言葉を聞き出して、それを関係者すべてにシェアすることです。私が情報を言ってそれをシェアするのではなくて、ご家族やご本人からの本音や気持ちを聞き出して、関係者で共有することが、やはりチームのスキルやモチベーションを上げることにもなります。それが逆にご本人・ご家族の心づもりや覚悟を形成することにもつながるわけです。そういうプロセスを経ると症状が進めば進むほど、そのチームの中で医療よりも介護や生活面をサポートするように共通認識ができてきます。

**大原** サービス担当者会議やケース会議では患者・家族の方も多職種の方々も聞いていますから、チームの方針がはっきりしますね。しかし、その方針が曖昧だと最期になって方針が変わることが多くなるとは思い

ます。

**東條** 私はサービス担当者会議やケース会議では、遠方で毎回参加できないが必ず意見を言う家族もきちんと呼んでおいてほしいと、担当のケアマネジャーに依頼します。

**大原** それは必要ですね。

**占部** 患者さんの家に集まって開催するケース会議もあります。そうすると、患者さんにご家族は安心すると思います。

**東條** 患者さんの生活も見えますしね。

**大原** 担当者会議は大事ですね。

**占部** 私は担当者会議やケース会議に行くことは少ないのですが、当院の歯科衛生士はご家族の所や患者さんの家に行ってケース会議を開催します。その会議の内容は私に報告してもらいます。

**東條** 私は特別養護老人ホームでの看取りも担当しています。急変があった場合、救急車で出動することが当初の方針でした。しかし私が嘱託医になったとき、「特別養護老人ホームは病院ではない」と話しましたら、特養ホームの関係者から「特養ホームでは利用者は基本的に死んではいけません」と、それと「病気が悪くなる利用者をいつまで私たちは見なければいけないのですか」と言われました。そういう入所の方も1年に1回介護保険の申請の月に、家族会議やカンファレンスを行います。そのときにも、つらくなったり、食べられないようになったらどうするのかという話をすると、「ここでお世話になつとるけん、絶対ここで過ごさせてほしい、病院はもういい」とご家族は言われます。また介護職の方がご家族に聞くと、「つらくなって終末期が近づいたときこそ、皆さんの質の高いケアが必要です」と言われますので、主治医や施設の担当医は家族と本人の思いをみんなできちんとシェアしようとしています。つらくなったときこそ自分たちの出番という雰囲気づくりが必要です。

### 在宅に興味を持ってくれる医師がいる地域は 施設の看取りもよくなる

**大原** 施設の看取りで最初に反対するのはたいてい看護師です。病院での看取りを施設でも行うのはたいへんということで反対します。しかし、何例か経験する

と慣れてきて、施設での看取りは穏やかでやりがいがあると感じるようになることが多いようです。

**安部** 高度な医療はいらないのかもしれませんが、困ったときに気軽に連絡できて相談できる先生がいると全然違ってくると思います。

**大原** 看護師さんの立場でもそうですね。

**安部** そう思います。在宅医療を支えるスタッフのメンバーの中に、在宅医療に興味を持ち熱心にかかわっていただける先生がいると、看護師もスキルアップしていきますし、在宅の看取りも自信がつきます。家で過ごしたいと退院したあとに、丁寧にかかわっていた先生がいるかないかで、看取りの質が違うということを実感してきました。

縁あって、4～5年前から在宅医療に熱心に取り組んでもらえる先生と一緒に仕事ができています。3年前は年に30件の訪問診療でしたが2年前は110件、昨年は300件の診療をしてくれました。看護師の精神的な負担は減ってきましたし、看取りの質が上がったなと感じます。そういう先生がいると、その地域の在宅だけではなく施設の看取りもよくなっていくのではないかと思います。

**東條** 数も1つの目安ですが、質も本当に大事だと思います。ただ、それを測る指標がないんです。現場で携わっていると質の担保は大事で、質を上げていきたいと思っています。

**安部** 質を測る指標はないのですが、医師や看護師、多職種のチームの人たちが丁寧にかかわることで質が上がってきたのではないかと感じています。

**東條** 死というのは呼吸が止まった何時何分ですが、それに至るまでの終末期や最期の大事な時間をどう過ごしたか、丁寧な対応や双方向性の情報共有、感情のやり取りなどを行っていくことで質が向上していくと思います。

### 在宅の看取りは家族や在宅支援チームが同じ方向を向いていることが必要

**大原** 花戸先生の場合、地域住民の方が随分かわっていますが、在宅の看取りに関してはいかがですか。

**花戸** 地域の人々が、年をとっても、病気になっても、認知症になっても、障害を抱えても、家にいることが

当然だと思われています。ところが、そのような落ち着いた生活を突然、ちゃぶ台をひっくり返すような行動をとるのはたいがい遠方の家族です。でも、それは家族の不安のあらわれなのだと思います。家族に納得していただくために必要なことはたくさんの説明ではなく、本人を含めた対話を行うことが大切なのではないでしょうか。私は家族の方と必ず対話することを心がけています。高齢独居の方であったり、老夫婦という方もおられますが、月に一度は必ず家族の方と面会をし話をしています。たとえば、今の症状のことや今後についても本人は家にいたいと言われますのでこのままでいいと思いますと、家族に伝えるようにしています。

**大原** なかなかそれはできないことですね。

**花戸** 月に一度は必ず医療費をお支払いに来てくれますので、そのときに診察室にお入りくださいと伝えます。もちろん訪問診療のときに同席していただく場合もあります。意思決定支援というのは本人の希望を聞くだけではなく、家族も含め在宅支援チームが同じ方向を向いてサポートすることだろうと思っています。

**大原** 患者の意思が確認できたら、患者と医療従事者が話し合っていくことが必要ですが、実際には家族がかかわってきます。家族の判断は大きい影響がありますので、医師が患者の意思を確認できて、家族との話し合いもきちんと行うことができれば在宅看取りがうまくいくということでしょうか。

**花戸** 地域包括ケアで有名な植木鉢の絵がありますが、一番下の部分に本人の選択と本人・家族の心構えと書いてあります。その筆頭にあるのは本人の選択です。

**大原** ここは最初は本人、家族の選択だったんです。

**花戸** それが本人の選択に変わりました。そして、家族は心構えをする、心構えというのは孤立した覚悟という意味ではなく、家族と在宅支援チーム全員が、同じ方向を向いてまとまることだと思っています。

### 国診協老健事業の「生きて逝くノート」地域住民に考えてもらう形式に

**大原** 国診協でも看取りについては今までいろいろな取り組みを行ってきました。平成24年度に福祉医療機構助成事業で看取りの研究事業を行い、「生きて逝く

ノート」をつくりまして、地域住民の方に啓発していくことを行ってきました。「生きて逝くノート」は発行部数が3万部を超えています。このノートは事前指示書のように、地域住民の方に考えてもらう形になっています。しかし、ノートに書くのはいいのですが、書いたままだとそのまま終わりますので、それを使って家族とよく話し合ってから方針を決めてくださいと伝えています。

**東條** 「生きて逝くノート」は私も分担執筆しましたが、非常に出来がよいですね。

**大原** 在宅の手引き、施設の手引き、入院の手引きともよく出来ています。私は施設の手引きを担当しました。東條先生は在宅でしたね。6年前に刊行されましたが、今でも十分使えます（国診協ホームページ・主要研究事業参照）。

**花戸** 事前指示書など、書面で残すことは日本人は不得意なようで、全国的な調査でも4%だと思います。私は先ほど述べたように、外来に来ているすべての患者さんに「ご飯が食べられなくなったらどうしたいですか？」と聞いてカルテに入力しています。また、介護保険の申請時や病院から退院して自宅に帰ってくるなどのキーとなるポイントが必ずあります。その時に必ず尋ねるのです。最初は、本人も家族に対して遠慮をします。家族の顔を見ながら、「(本当は家がいいんだけど) 最期は、やはり病院かな」とか言うのです。「でも、本当は？」と念を押すと、「やはり家がいい」と本音を語り出す。たった1回、かしまって聞くのではなくてふだんから聞く、何度も聞く、これが大切です。

滋賀県が行った県民アンケート調査で「どこで最期を迎えたいですか」の質問項目では「家がいい」と答えた人は5割から7割と、すごくばらつきがあります。そのばらつきは、家族への遠慮と考察されています。でも、本音としては「住み慣れた地域で生活することが一番」というのが、私が本人との対話を重ねての実感です。外来に家族が付き添って来られたときなどは、本人の口から語ってもらうチャンスだと思って、ここぞとばかりに尋ねます。

**大原** なかなか家でもそういう話をしないですね。そのきっかけができることは、すごくいい方法だと思います。

**安部** それこそ元気のいいうちに聞けるといいですね。亡くなる前はなかなか聞きにくい内容なので、先生たちがつくられた「生きて逝くノート」は重宝しています。当院では玄関ホールに常設の場を作っています。それこそエンド・オブ・ライフケアですね。人生の中で死について考える時期は幾度かあると思いますが、それぞれの段階で話が聞けるといいなと思います。その都度、思いは変わるかもしれませんが、私たちはその変化に対応したケアをしていかないといけないと思っています。

**大原** 病院であれば入院したときは、本人・家族の意向を聞くための手引きがあります。たとえば胃ろうや人工呼吸器などを付けるかどうかをチェックしたり、意向を聞いたりするためのものです。

**占部** 最近はされてますね。急変時にはどう対応するかといった書類などはあります。

**大原** フォーマットをつくっているのですか。

**占部** カルテに書いてあります。電子カルテになって全体が見えるので、たとえば、急変時にこの人は何もしないなどのことは私たちにもわかります。

**安部** 今回の介護報酬改定の入退時情報連携加算の様式例に「本人、家族の意向」という項目が入りました。ただ、それはどんどん新しいものに変化させていかないといけないですね。何年も前に記録したものがそのままではだめですね。

**占部** そうですね。本人の気持ちは変わりますから。

## 人生の最期を決めておく 非常に前向きに生きられる

**大原** 私の外来に尊厳死を希望されて来られる方がいます。85歳ですが、78歳ぐらいまで介護の仕事をしていました。70歳を過ぎてからパソコンを習いはじめて、素晴らしい絵をパソコンで作られています。その方が、最期は点滴もせず、痛みの緩和だけしてくれたらいいと、尊厳死の意向をきっちり紙に書いて年1回持ってきてくれます。警察宛にも文書を書いてくださって、もし、自分の尊厳死にかかわることで何かで先生が罪に問われたら、警察宛の文書を見せてほしいと言ってくれます。その方が外来に来たらとにかく明るいのです。

最期は決まっているので、人生がすごく楽しいと、「老春」と言われています。そしてデイサービスなどにお金をかけるのではなく、楽しみにお金をかけたいと言われて、最近はあるピアニストの追っかけをして全国のコンサートに出かけて、そこで家族と食事をされるのが楽しみです。そんな話をいつもされるもので、話が盛り上がるわけです。そのように人生の最期を決めておくと本当に前向きに生きられると思います。

### 終末期の希望については 文書にして残しておくことが大事

**東條** 家族の中には本人が最期のことをきっちり言ってくれたんで、自分たちが迷わないで済む、もちろん親が死ぬことは寂しいことだけれども、気は楽になったと言われる方がいますね。

**大原** 家族のためにも本当にいいですね。

**花戸** そして、付け加えると世代が変わってきていると感じます。たとえば、がんの治療を終え、自宅に帰って来られたときに、戦前・戦中の人たちは「先生お任せします」という人が多かったように思います。しかし、団塊の世代の人は「自分はこうしたい」とはっきり言われる方がとても多い。ですので、本人の希望を聞いておくことが大切なことだと思います。

**大原** 希望を聞いて、それが周囲の人にもわかるようにしておく必要があると思います。本当に終末期になって希望を言える人は1割くらいと非常に少ないと言われてますから、そこはちゃんと周りの人が聞いてあげる必要があると思います。文書にしておくことが一番いいのですが、書けない人もいます。ACPのガイドラインでは文書に残すことになっていますけど、文書は確かに難しいところがあります。

**花戸** 誰かが書けばいいんです。本人に書けといてもなかなか難しい。

**大原** 先生の場合はカルテに書いているんですね。

**花戸** 患者さんの言葉を、そのままカルテに入力しています。

**大原** それがいいですね。やはり言えない人もいますので、書いておくことは必要ですね。

### 終末期で大事な家族の存在 苦悩する家族に寄り添い、悩みを聞く

**東條** 終末期で大事な要素は介護者である家族です。介護者である家族がどのように肉親の亡くなりゆく状況を理解して納得するかというプロセスが大事です。花戸先生が言われるように、特にがんの方の場合残りの1か月であらゆる症状が出始めて、それはある程度予測はできます。その後の悪化が急激なので、その状況の中でいかに家族に平穏な気持ちを持ってもらうかが大事です。そのとき私が医師としてお願いしているのは、訪問看護師とケアマネジャーにきちんと家族のつらさに寄り添い、悩みを聞いてあげてほしいと伝えています。

家族のつらさを取り除くことはできませんが、納得する手助けをしてほしいのです。それはすごく大事なことです。心がぽきっと折れて、私はもう精神的にも肉体的にもつらく、介護ができませんと言ったら在宅療養が終わってしまいます。そこからどうやってもリカバリーできないのです。本人の症状コントロールももちろん大事ですが、家族にどう納得してもらうかです。そのときは介護者の肉体的な介護量が一定期間増えるのですが、ずっと増え続けるわけではなく、やがて起き上がれなくなってベッドの中でずっと過ごされるようになったら、介護者の肉体的なつらさは減っていきます。ちゃんとそういうことを言ってあげれば、この後どうなるのだろうという漠然とした不安ではなくて、最期のときだから一緒にいてあげてほしいというメッセージが送れます。先のことまで言うのは医療者側もつらいのかもしれませんが、それを納得してもらえれば、介護者の心は折れないのです。

**大原** 患者さんの近くに行く頻度は看護師さんが高いと思います。

**安部** 東條先生の言われることはよくわかります。訪問看護の場合、対象者は利用者だけでなく介護者も対象者だととらえられています。そういう意味では、本人はもちろんですが、家族の体調のほうを気にしている事が多いです。介護者の方には看護師が来てくれて安心だと思ってもらえるようにかかわっています。看取りの時期になれば、ケアマネジャーやほかのサービ

ス事業者の人たちと協力しながら、サービス調整しています。

**大原** ケアマネジャーも非常に大事な役割をしていますね。

**安部** 何年前まではケアマネジャーは看取りをしたことがないという人が多かったのですが、今では、経験のある方が徐々に増えてきていると思います。

## 入院施設との連携では きちんと礼儀をわきまえて行う

**大原** ケアマネジャーも医療のことが苦手な方もいます。また、終末期となると本人とは話しにくいところがあって、家族ばかりと話をして本人の意向を十分に聞いていないことが問題になる場合があります。

もう1点、入院施設の連携について、何か課題や問題はありますか。

**安部** 以前は同じ病院の職員でありながら精神的に病院を遠くに感じていました。今では、病院とのつながりは深いものになっています。私は毎朝、病院のベッドコントロールカンファレンスに参加しています。各部署の師長・連携室・医事課のスタッフで構成された会議です。そこに参加することで、病院の情報も入りますし、逆に訪問看護の状況を伝えることができます。病院はすごく近い存在になっています。また自院とのつながりだけでなく、市外の急性期病院を退院する患者さんが退院後訪問看護を利用される場合は、声をかけていただければ遠くでもなるべく行くようにしています。

**大原** そうですか、そんな遠方まで行くのですか。

**安部** はい、1時間弱はかかりますが、加算の報酬もありますし呼ばれたらなるべく都合をつけて行きます。今後、利用される患者さんに事前にお会いすることで退院後の不安をとってもらえるのではないかと思います。また、入院中に行っている処置を見せてもらうことで訪問看護師の不安の解消にもなります。処置を在宅で継続できるように変更を病院側に提案することもあります。実際に会って連携することは大切です。

**大原** 東條先生は特に病院に関して何かありますか。

**東條** 私がいつもお願いしているのが国保の安芸太田病院で、当診療所から40kmぐらいです。非常に質の高い、よく考えてくださっている医療があります。ど

んどん進めるのではなく、ゆっくり診てくださいと紹介状を書けばそのようにしてさせていただきます。

**大原** そういう所があれば本当に安心ですね。

**東條** そうなんです。亡くなるだろうと思われる方で救急搬送されるのは、年間に2～3例です。

**大原** それは少ないですね。

**東條** そうなんです。最期のときこそゆっくり過ごしてもらおうようチームで対応しています。そのように地域で粘ることが1つ、もう1つは「これだったらしょうがない、東條が困っているのだったら入院させよう」と思ってもらう必要があります。「また東條が送ってきたよ、在宅やると言っていたのに」と思われたくはありませんので、礼儀として患者さんと家族にも話をします。そして週末や夜間には基本的には送らない。朝まで私たちが在宅で往診して、朝様子が変わらなかったら入院しましょうと伝えます。そして翌朝、始業前に行って状況の確認と入院する意思は変わっていないかを確認します。変わっていない場合は家族の選択に任せます。そういう形で後方病院への礼儀を守っています。

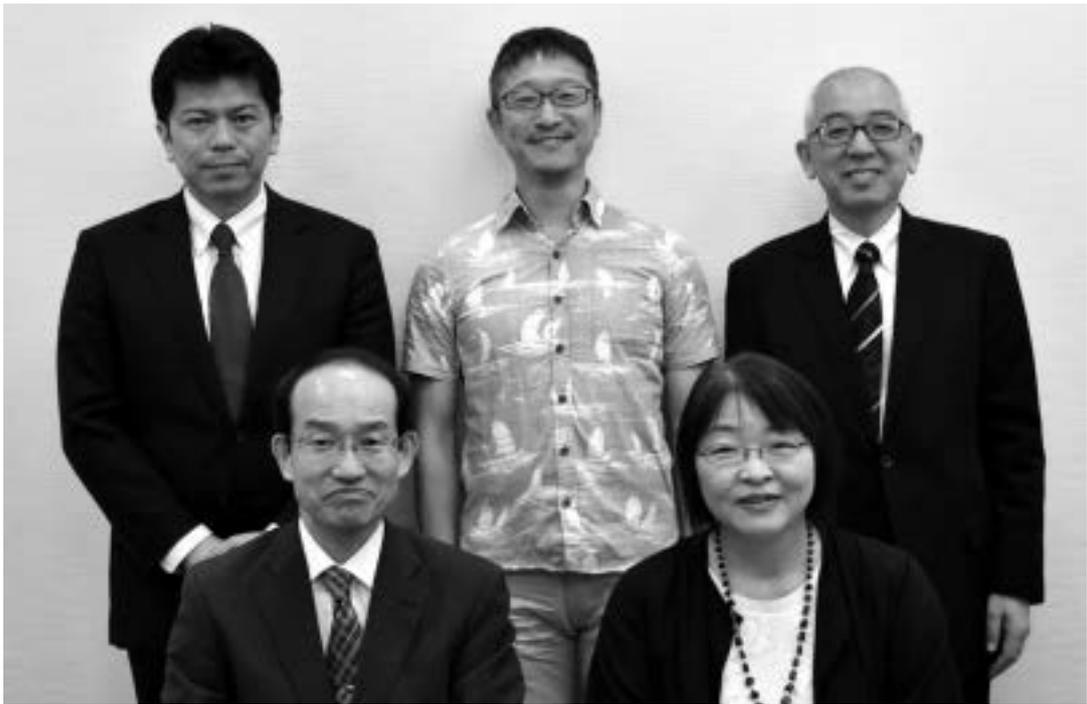
**大原** そういうことで連携をよくしているわけですね。花戸先生はいかがですか。

**花戸** 私の診療所から車で10分ほどの所に急性期の病院があるので、基本的に頼めばほとんど引き受けていただけます。紹介するだけではなく退院前カンファレンスには100%参加しています。また、その病院だけではなく、在宅に帰られる方であれば、県外の大学病院であっても、退院前カンファレンスには必ず参加しています。そうすることによって患者さんが病院から家に帰って来るときは、チーム全員が同じ方向を向いている。「住み慣れた地域に戻りたい」と患者さんが希望されていることは、決して難しいことではないと思っています。

## その人が生きてきた証を見てもらうことが 看取りの文化につながる

**大原** 座談会のテーマである看取りの文化に関してはいかがでしょうか。

**花戸** 最期を看取ったという瞬間的なことではなく、その人が最期までどのように過ごしたかを見てもらう



ことが重要だと思っています。それは子、孫、ひ孫を含めて、いろいろな人に見てもらうことで看取りの文化につながっていく。それが在宅医療の役割でもあるし、もし特養などの施設であっても、地域の人たちが出入りして顔を見に来られる所であれば、看取りの文化が受け継がれていく。それはただ命の終わりを見せるということではなく、その人が生きてきた証をいろいろな人に見てもらう、伝える、それがその人の役割なのだろうと思います。それがかなえられれば、その人を含め、看取った家族や地域の人にとってもいい人生だったのではないかと思います。

**大原** 占部先生はいかがですか。

**占部** 花戸先生が言われたように、祖父母などの最期は病院に行って手を合わせているだけ、お葬式の時にはお棺に入っている姿を見るだけが現実ではないかと思っています。祖父母や親などの最期を子や孫が見ることで看取りを伝えていく必要があると思います。核家族化はどうしても進んでいるし、大家族で生活することも難しい面はあろうかと思いますが、そのあたりが上手く解決できれば看取りの文化も醸成してくるのかなとは思います。

当院は特養、老健、グループホーム、ケアハウス、有床診療所もありますので、状態が悪くなれば病院に入院し、回復すれば施設に帰ることで連携はできてい

ると思います。最近では施設での看取りも行われていてその連携もできていると思います。先ほど申し上げたように今は核家族化が進んでいます。自分の子どもに看取りを見せるとなるとなかなか難しいのですが、自分の次の世代にどうやって看取りの文化を伝えるのかは大事なことだとは思っています。

### 今回の診療報酬のポイントは 「早く家に帰っていただく」こと

**大原** あと皆さんから何かありますか。

**安部** 人は何も自分ではできなくなっても、たとえ死ぬ前であっても役割があると言われていますが、花戸先生の話聞いて、まさに、そのことなんだと感じました。亡くなる時に子どもさんたちに自分の生きざまや死にざまを見てもらうことは、その人にとっての最期の役割なんだと思います。その最期の役割を果たしやすい場所は、やはり家族が身近にいて自然に接することのできる在宅の場所なのかなと思います。

**大原** そうですね。地域における看取りの文化ということになりますね。ほかに今の医療制度や今回の診療報酬・介護報酬の改定について、こんなことしてほしいとかはありますか。

**花戸** 今回の診療報酬改定で、入院の前から連携を下さい、入院したら早くケアマネジャーの情報を得て

本人の意思を確認しなさい、そして退院するときもいろいろなところと連携しなさいと言われていました。そこにはいろいろな加算がつくようになりました。これは入院したら早く「地域」に帰りなさいというメッセージが込められています。

私は入院する目的は何かと尋ねられれば、「退院するために入院する」と答えています。高齢化を背景に脳梗塞や認知症など、治らない疾患が増えています。急性期の病院が完璧に治療しようとしても、なかなかうまくいかないことも多い。そうではなくて、どうすれば早く地域の「生活」に戻れるのかを考えるのです。たとえば肺炎であれば、ある程度コントロールできたら早く帰りなさい、がんであっても手術が終われば家に帰って病院の主治医と在宅の主治医との両方で診ながら、必要があれば緩和ケアも行う。先ほど医療を控えると言いましたが、急性期病院に医療を控えろといっても難しく、急性期は急性期の役割がありますので、「早く地域に帰っていただきましょう」というのが、今回の診療報酬の大きなポイントだと思います。

そこを理解できないと、結局、施設を転々とすることになってしまう恐れがあります。タイミングを逃さずに住み慣れた地域の「生活」に早く戻ることが今回の診療報酬のポイントだと思います。在宅の側から見ると、早く家に帰って来た方が、在宅のマネジメントを行いやすいという思いがありますが、なかなか急性期から帰ってこない。帰ってこないことには在宅のマネジメントはできないのです。

急性期の先生は責任感が強いので、ある程度落ち着いた状態になるまでは帰せませんと言われます。しかし、長期の入院になってしまうことによって家庭の中にその人がいない生活が当然になってしまう。家庭の生活スタイルが変わってしまったら、本人の帰る場所どころか、家族の心構えすらなくなってしまいます。そういう意味でも早く元の生活に戻れるよう病診連携を行っていくことが大切なだろうと、今回の診療報酬を見て感じました。

**大原** 入院前から本人・家族の意向を聞いておくことは非常に大事ですね。ケアマネジャーは入院後3日以内に情報を医療機関に提出すると入院時情報連携加算

Iが算定できますが、これは、入院前から出しても入院時に算定できます。

**花戸** 伝える方法は問わないそうです。

**大原** 在宅という選択肢は、もちろんですが、病状や本人・家族の意向・考え方に応じて回復期や慢性期病院への転院、緩和ケア病棟や施設というさまざまな選択肢が地域にあるということも大切だと思います。また、病院と在宅の2人の主治医が診るのもいい方法だと思います。がんの方で家に帰りたくないと希望する方も結構おられますが、大病院の医師は自分の患者という意識がありますから、なかなか在宅の診療所に紹介しません。また、患者さん自身もそういう考えがあると思います。

**花戸** また、今回の診療報酬でACPを確認することも出ていますが病院の主治医の先生が患者さんに「人生の最終章をどうしたいですか」とは聞きづらい。病院の先生は、病気をしっかりと管理することを目的としています。一方で、私たちのような在宅の医師は、その人の生活を見ることを主にします。ですので、「今後、病状が進んでご飯が食べられなくなったらどうしたいですか?」と問うことは、私たちの大切な仕事なのです。そういう意味で、がんの人ほど病院と診療所の両方で診たほうが、充実した生活を送れると、私は思っています。

**大原** いい考えだと思います。まとめとしては、住み慣れた地域で最期まで暮らしていくために、在宅もあれば施設もあれば病院もあればと、いろいろな選択肢があって、自分の希望する所に行けることが大切だと思います。看取りとしては自分の最期が子どもであったり、孫であったり、地域の方であったり、そういうところにつながっていると感じました。国診協の施設は積極的に地域包括ケアを取り組んでいます。そのことを日本全国の地域にも広げていく必要があると思っています。

本日の座談会はこれで終了とさせていただきます。実りある議論ができたのではないかと考えています。誠にありがとうございました。

**全員** ありがとうございました。

(2018年5月19日収録)