

独居高齢者の 在宅看取りができる 地域づくり プロジェクト 2018



独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」プロジェクトチーム
特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

はじめに

平均寿命の延長に伴い、単独世帯（子供を持たない独居高齢者を含めて）や虚弱な高齢夫婦のみの世帯が増え、認知機能障害を含めた様々な障害をもって暮らす人が増えています。そして、今後さらにすすむ少子化と多死化社会において、必ず訪れる死をどのように迎えるのか、特に独居高齢者を誰がどこで看取っていくのかという現実的問題が、大きな社会的課題となっています。

看取りの場として、病院、施設、自宅、居宅等が一般的に考えられますが、基本的には本人の希望に沿った形で誰かが看取る体制を構築することが理想的だと考えます。

これまでの多くのアンケート調査では、国民の約半数以上が、治る見込みのない病気になった場合の療養の場として、最期を迎える場所として自宅を希望しています。

高齢者の健康に関する意識調査（平成 24 年実施）では、最期を迎える場所として自宅を希望している人は、全体で 54.6%、75 歳以上でも 56% を超え、これは同居の配偶者に対しても、この傾向は同じです。また、平成 26 年度の一人暮らし高齢者に関する意識調査では、多少認知機能がおちている場合でも、49.3% が自宅での介護を希望し、**高度の認知機能低下であっても 12.8% がそのまま自宅での介護を希望しているという結果**が出ています。しかしながら、実際には、様々な理由で実現不可能であると、ほとんどの人があきらめている実態もアンケート調査で示されている一方で、独居であっても、本人の強い希望に応じて、自宅看取りを可能としている地域もあります。そこで、今回、在宅医療助成勇美記念財団の 2017 年度の事業として「**独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり**」プロジェクトが企画されました。

このプロジェクトでは、**自宅看取りを希望する独居高齢者に対して、その希望を叶えるために、地域にどのようなシステムを構築していくのか、そのためにどのような障壁があり、どのような課題があるのか、どのような課題解決のための対応方法があるのか等、実際の在宅医療の現場で独居高齢者の看取りを実践している医療介護の専門家からご意見を伺い、分析し、その分析内容等をツールとして勇美記念財団のホームページに掲載し、課題解決のための参考資料とするものです。**

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」プロジェクト

ワーキングチームリーダー **長尾和宏**

同上 企画責任者 **蘆野吉和**

目次

1. 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト	2
■ 事業概要	
■ 事業の目的【ビジョン】	
■ 事業の背景（現状と課題）	2
■ 事業担当者	
■ 課題解決のための戦略立案	
■ 事業計画	7
2. 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト「中間報告」	8
3. 「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に関するアンケート調査 自由記述	13
■ 苦労したこと	13
■ 自由意見	16
4. 自信をもって支え続けるために	24
■ ケアマネジャーの立場から 相田里香	24
5. クロージングミーティング 基調講演	27
■ 独居でも穏やかな看取りができるまちづくり 井 益雄	27
6. クロージングミーティング 話題提供	33
■ つながる・ささえる・つくりだす 個別ケアから地域づくりへ 秋山正子	33
■ 独居・在宅看取りの条件は……「自己決定」「老衰」がキーワード 延命治療の病院死は「孤独死」 浅川澄一	37
■ 独居の看取りができる街づくりのための私の提言 北村浩子	41
7. クロージングミーティング 全体討議	45

1. 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト

■事業概要

住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望する独居の高齢者に対し、どのような状況（病状、地域等）であっても、その希望を叶えられる可能性を高めるために、どのような地域体制が必要か、現状を分析し、課題を抽出し、課題解決のための具体的対応方法について事例をもとに検討し、様々な地域ニーズに対応できる手引きを作成し、勇美記念財団のホームページにて公開する。

■事業の目的【ビジョン】

住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望する独居の高齢者が、どのような状況（病状、地域等）

であっても、地域の医療従事者・介護従事者・行政担当者・住民等の連携による支援を受けることで希望が叶う地域を増やす。

■事業の背景（現状と課題）

平均寿命の延長に伴って課題となるのが、認知症高齢者が増えること、そして単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことです。そして、単独世帯の増加には核家族化だけでなく、子供をたない独身者の割合が増えている状況も要因として重要になってきています。

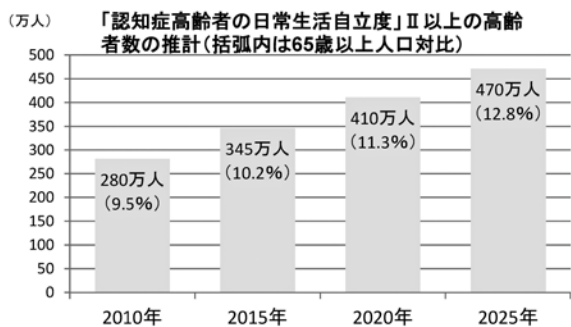
そして、高齢化とともに、大きな社会的課題となるのが、少子化と多死化です。少子化と多死化は誰がどこで看取するのかという現実的問題につな

図1 今後の介護保険をとりまく状況

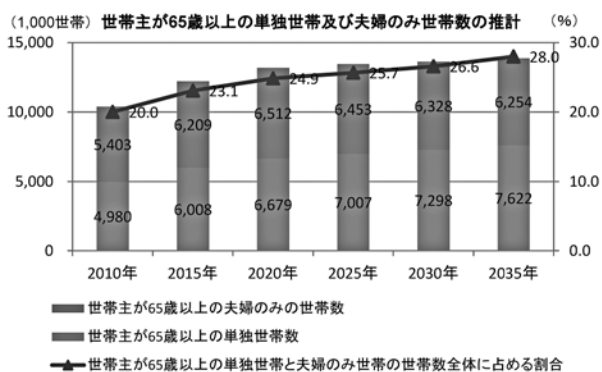
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

がります。年間死亡者は年々増加し、2040年には年間160万人以上が亡くなり、その多くは75歳の高齢者となっています。すなわち、介護力のない75歳以上の独居を含めた高齢者単独世帯が増えた中で、地域社会が看取りに直面することになります。そこで課題となるのが、その看取りの場所をどう確保するのか、誰が看取るのかという問題です。

看取りの場所についての現状と将来推計が提示されています。図2は、看取りの場所の確保が今後の地域社会の重要な課題であること、在宅を看取りの場所の選択肢となるよう在宅医療の普及が必要であることを示すことに使われていますが、もう、病院では収容しきれないので、在宅での看取りを増やすしかない、という説明に使われることもあります。しかし、私たちにとっては、在宅での看取りが、人間としての尊厳を大切にす行為

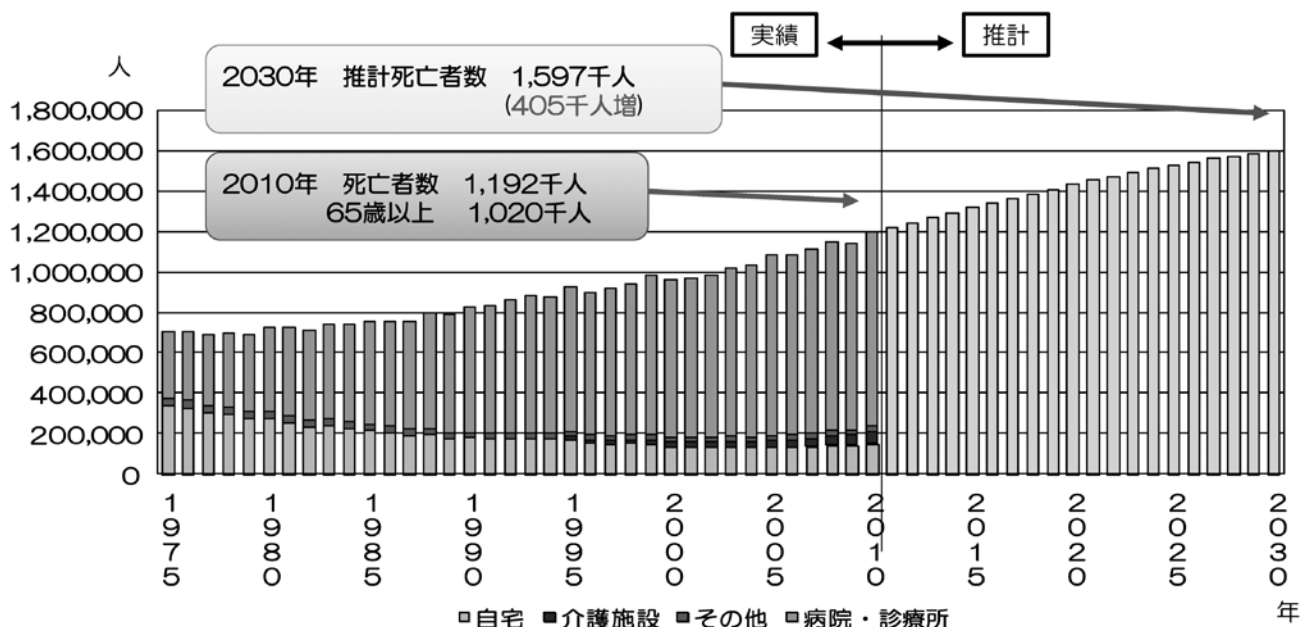
であることや、死生観をはぐくむために重要な行為であること、そして「死すべき人間」の「人生の最終段階」を病院で迎えることについての意味についての再認識が必要であること等を考えるいい機会であることを示すグラフとなっています。

なぜ、そう言えるかということ、これまでの多くのアンケート調査では、国民の約半数以上が、治る見込みのない病気になった場合の療養の場として、最期を迎える場所として自宅を希望しているからです。高齢者の健康に関する意識調査（平成24年実施）では、全体で54.6%、75歳以上でも56%を超えています。

そして、同居の配偶者に対しても、この傾向は同じのようです。

しかし、実際には、様々な理由で、実現不可能であると、ほとんどの人があきらめている実態もアンケート調査で示されています。

図2 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

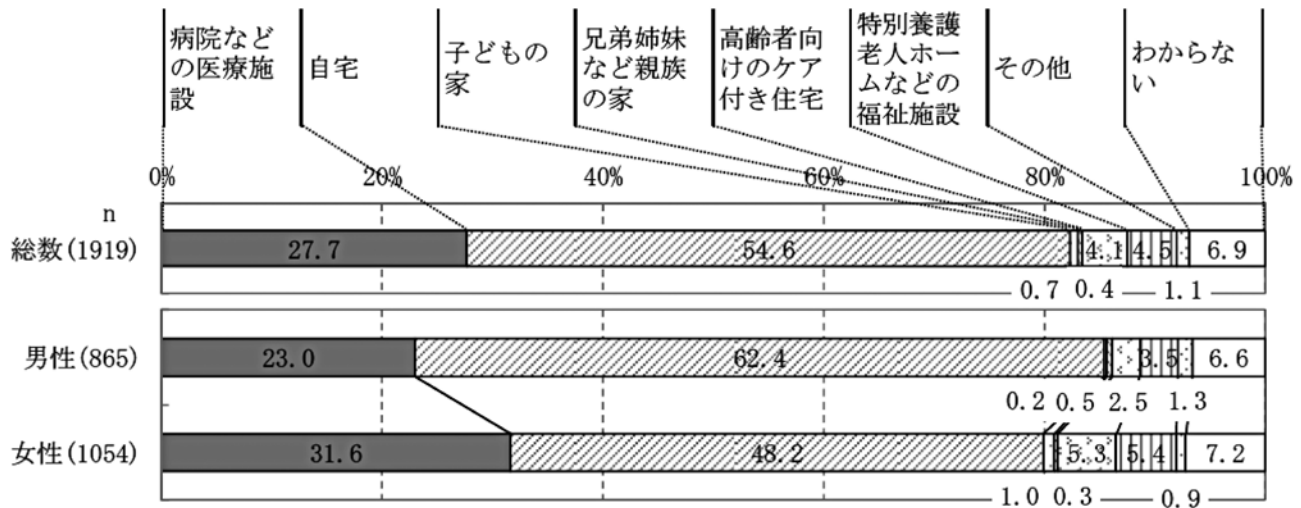
2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

図3 治る見込みのない病気になった場合に
最期を迎えたい場所

〈性別〉



〈年齢階級別〉

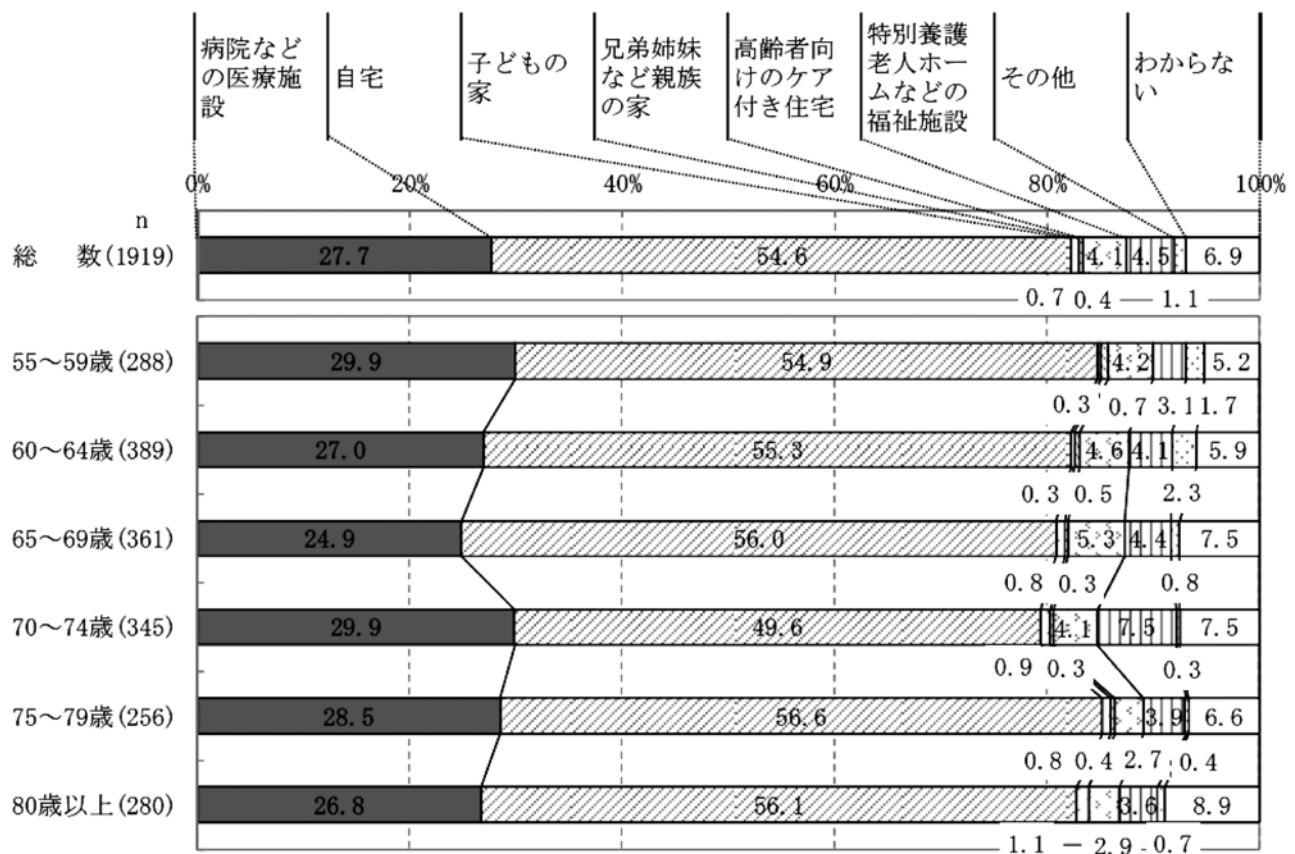
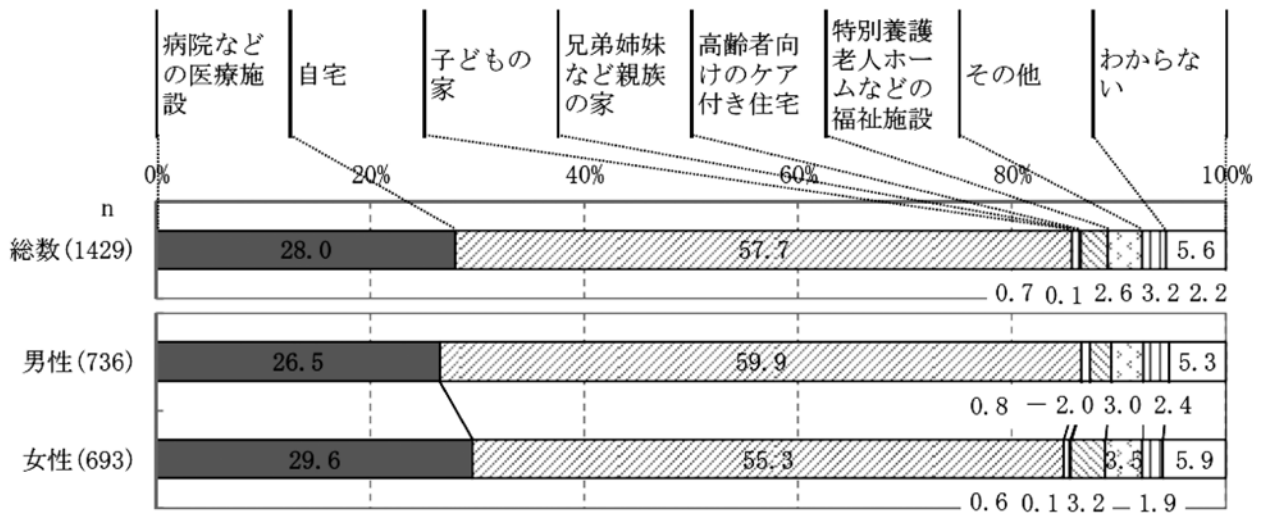


図4 同居している配偶者が、治る見込みのない病気になった場合の、最期を迎えさせたい場所

〈性別〉



〈年齢階級別〉

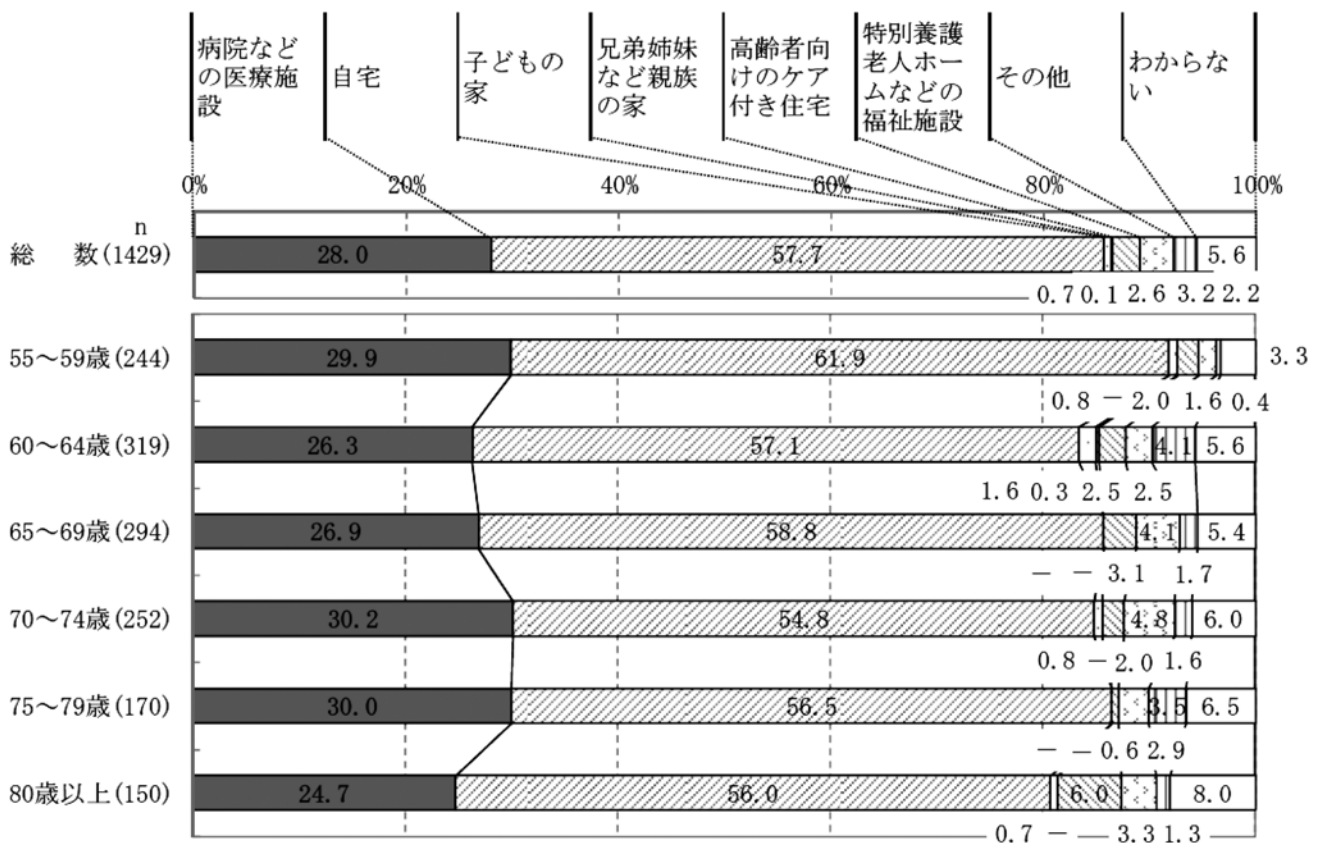
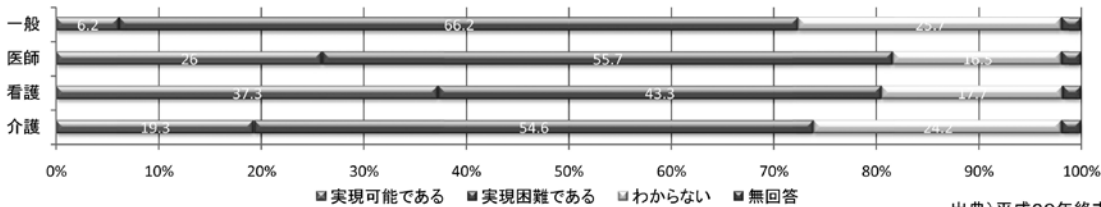


図5 終末期医療に関する調査

■ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)

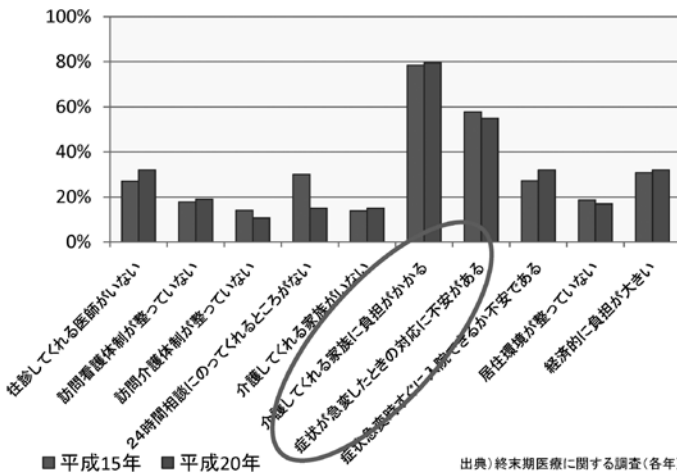


出典)平成20年終末期医療に関する調査

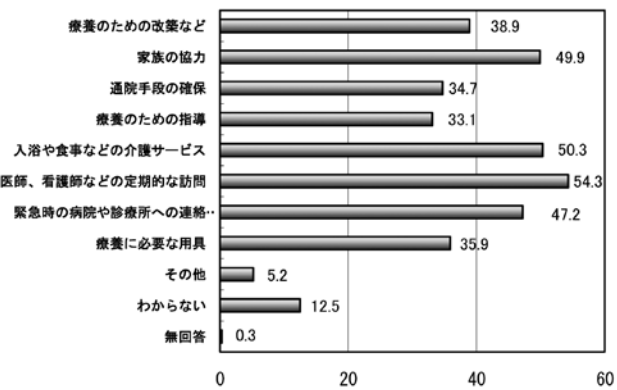
■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)

■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)

※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象



出典)終末期医療に関する調査(各年)



出典)平成20年度 厚生労働省「受療行動調査」 115

したがって、自宅療養で最期まで療養することが困難な理由、および自宅療養を可能とする条件を念頭におき、希望に応じた選択肢が提示できるように整備し、国民の希望をできるだけ叶えられるようにすることが国民にとっても望ましい方向性であると考えます。

なお、日本、アメリカ、ドイツ、スウェーデンの4カ国で比較した調査をみると、それぞれの国民性は、社会環境や自然環境等で違うものの、「現在そのまま自宅に留まりたい」「改装のうえ自宅に留まりたい」など、思いはある程度同じであることがわかります。

ただし、老人ホームへの入居を希望する人は、日本では増加傾向にあるのに対し、アメリカ、ドイツ、スウェーデンでは減少傾向にあります。

今回のプロジェクトの対象となる独居高齢者においては、介護する家族がないこと等の様々な

障壁があり、最期まで自宅で住み続けることは困難とされていますが、平成26年度の一人暮らし高齢者に関する意識調査では、多少認知機能が落ちている場合でも、49.3%が自宅での介護を希望し、高度の認知機能低下であっても12.8%がそのまま自宅での介護を希望している事実を考慮すると、その希望を叶えるための地域づくりは必要であると考えます。

これまでの、特に最近では在宅医療の現場からは、独居高齢者の看取りは可能であるという報告が少しずつ増えており、永井康徳氏は、①本人が自宅での看取りを強く望んでいること、②周囲や親戚も本人の想いを尊重しようとしていること、③点滴や胃ろうをせずに自然な看取りを行うこと、④亡くなるときに、在宅サービスのスタッフや親戚など、「誰かが見ていなくてもいい」ということを理解していることなどの4つの条件が満たさ

れば可能との報告を行っています。

また、小笠原文雄氏は、独居がんの看取りの支援体制として、①ボランティアのみ、②自費ヘルパーのみ、③ボランティア+自費ヘルパー、④公的保険の多職種の4つのパターンに分けられることを報告しています。

しかし、これからの社会状況として、最期まで

自宅で暮らすことを希望する独居高齢者の数が圧倒的に増えることが予測されること、これらの需要を公的保険だけで満たすことは不可能であると考えられることより、自助・互助・共助・公助をすべて念頭においた支援体制の構築が必要と思われます。

■ 事業担当者

課題解決のための戦略を立てるためには、独居高齢者の看取りの障壁の分析とともに、成功例・失敗例を含めた現場での事例の収集分析により、課題の抽出を行うことが必要であり、今回は、戦略立案もプロジェクトに含めるものとする。

■ 課題解決のための戦略立案

1. 検討会議の開催

- 1) 独居高齢者の看取りの障壁を分析する
- 2) これまでの報告および本事業ワーキングメンバーの経験による独居高齢者の看取りを可能するための課題の抽出を行う

2.

- 1) 独居高齢者の看取りに関するフォーラムの開催
「独居高齢者の在宅看取りはどこまで可能か」
2017年10月21日(土) 10時～17時 神戸国際会館9階大会場
フォーラム参加者による課題の抽出および課題解決のための戦略立案を行う
フォーラム開催は日本ホスピス・在宅ケア研究会に委託する
- 2) 独居高齢者の看取りに関する演劇の開催
「おひとり様でも、自分の家でピンピンコロリできるねんで！」
2018年2月10日(土) 16:30～18:00
兵庫県立尼崎青少年創造劇場 ピッコロシアター中ホール
DVDを作成
演劇開催は日本ホスピス・在宅ケア研究会に委託する

3. 「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」(仮称)の手引きの作成

- 会議 2回開催
2017年10月21日(土) フォーラム終了後
2018年 3月17日(土) フクラシア東京ステーション6E会議室
16:00～19:00

■ 事業計画

事業責任者を1名おき、「在宅医療推進のための会」に参加しているメンバー、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本在宅ホスピス協会、および日本在宅ケアアライアンス加盟の団体の会員の参加を集る。

責任者：長尾和宏 副責任者、主要メンバー、協力者

在宅医療推進の会 2017年12月22日

独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり —中間報告—

- 1 10月の「独居の看取りフォーラム」
- 2 12月の「アンケート調査」の解析
- 3 自験例での検討、課題と展望
- 4 来年の活動予定

プロジェクトリーダー
長尾クリニック(尼崎) 長尾和宏
nagao@nagaoclinic.or.jp

勇美記念財団 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト委託事業

第18回 在宅ホスピスケア実践シンポ

独居高齢者の 在宅看取りは どこまで可能か

10月21日(土) 10時-17時

会場 神戸国際会館 9階大会場 (定員140名)
(兵庫県神戸市中央区御幸通8丁目1番6号 ミノ宮中央口徒歩3分)

■都道府県別「高齢独身率ランキング」

上位 (単位: %)

順位	男性	女性
1	沖縄 25.41	青森 55.10
2	高知 23.32	鹿児島 53.80
3	東京 22.27	高知 53.79
4	鹿児島 21.87	長崎 53.46
5	大阪 21.57	秋田 53.38
	全国平均 19.88	全国平均 48.57

プログラム

10:00~11:00 地域・行政の取り組み
川本健太郎 (立正大学社会福祉学部講師)
川名理恵子 (横浜買市地域医療推進課課長)

11:00~12:00 成功例と失敗例 何が課題なのか?
関本雅子 (関キクリニック院長)
清水政克 (清水メディカルクリニック副院長)

ランチョンセミナー&基調講演 長尾和宏 (長尾クリニック院長)
「独居高齢者の在宅看取り 現状と課題」
※昼食は各自に持参ください。

13:00~14:00 特別講演 西尾元(兵庫医科大学教授)
「死体格差」解剖医から見たおひとり様の最期とは

14:00~16:00 各地域の事例に学ぶ
栃木県 鶴岡優子 (つるかめ診療所副院長)
立川市 井尾和雄 (医療法人社団在和会立川在宅ケアクリニック理事長)
福岡市 ニノ塚保壽 (にのさかクリニック院長)
神戸市 宇野さつき (医療法人社団新国内科医院看護師)

16:00~17:00 総合討論「どうすれば独居高齢者の希望を叶えられるか」

■都道府県別「高齢独身率ランキング」

下位 (単位: %)

順位	男性	女性
43	岐阜 17.26	茨城 45.64
44	石川 17.13	滋賀 45.56
45	富山 16.97	神奈川 45.21
46	滋賀 16.46	千葉 43.88
47	奈良 16.10	埼玉 43.31
	全国平均 19.88	全国平均 48.57

10月21日のフォーラム参加者の属性

事前申込183名中、参加120名
当日参加7名、合計127名参加

属性	人数	割合
男性	3	(3.7%)
女性	28	(34.1%)
未記入	51	(62.2%)
20~39歳	11	(13.4%)
40代	24	(29.2%)
50代	26	(31.7%)
60代	13	(15.9%)
70代	3	(3.7%)
80歳~	4	(4.9%)
不明	1	(1.2%)

①医師	7
②看護師	40
③その他医療職	6
④ケアマネージャー	13
⑤介護福祉士	3
⑥その他福祉職	5
⑦会社員	3
⑧無職	4
⑨その他	8

■都道府県別「高齢独身率ランキング」

(単位: %)

	男性	順位	女性	順位
大阪	21.57	5	48.84	30
兵庫	19.08	33	48.77	32
全国平均	19.88		48.57	

フォーラム参加者へのアンケート調査結果 (有効回答数 82名)

	よい	ふつう	余りよ くない	未記入
プログラム全体	72	4	0	6
地域・行政の取り組み	70	4	0	8
成功例と失敗例	70	6	0	6
ランチョンセミナー	74	1	0	7
特別講演	76	1	0	5
各地域の事例に学ぶ	69	1	1	11
総合討論	57	2	0	23

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に関するアンケート調査

- ・調査期間 2017年11月30日～12月18日
- ・対象 在宅医療に関わる多職種(施設も含む)
- ・配布・回答方法 メーリングリスト
CNK、HCN、日本ホスピス在宅ケア研究会
- ・有効回答数 106名

アンケート調査票(その1)

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に関するアンケート調査

1. 回答者 氏名 所属
2. 回答者の属性
地域性: 都会 小都市 山間部、僻地
医療従事者:
介護従事者:
行政担当者:
3. これまでの経験(実績)
これまで独居高齢者を自宅での看取りにかかわった事例
2015年 名 2016年 名 2017年 10月まで 名
自宅看取りにかかわったが最終的には施設へ搬送した事例数
2015年 名 2016年 名 2017年 10月まで 名
苦労したこと

アンケート調査票(その2)

4. これまでのあなたの経験から以下の要件について最も必要度の高い要件は1次は2、3、4・・・と順番をつけてください。必要性のないものに順番をつけなくていいです。また、必要度が同じものであれば複数の項目に同じ番号をつけてもいいです。例: 1 2 2 3 4 4 4 ...
- 4-1 独居高齢者の自宅看取りを可能とする条件
- () 本人の強い意思(推定意思を含む)がある
 - () 本人の意思を尊重する家族や親族がいる
 - () 本人の意思に反対する家族や親族がいない(家族や親族がいない場合を含めて)
 - () 本人の意思を尊重し、協力してくれる医師(訪問診療医、かかりつけ医)がいる
 - () 本人の意思を尊重し、協力してくれる訪問看護師がいる
 - () 本人の意思を尊重し、協力してくれるケアマネージャーがいる
 - () 本人の意思を尊重し、協力してくれる友人がいる
 - () 本人の意思を尊重し、協力してくれる周囲の地域住民がいる
 - () 自宅は持ち家である
 - () 医療処置が少ない
 - () 経済的に恵まれている(お金がある)
 - () 認知機能が低下していない
 - () 山間地・過疎地ではない
 - () その他()
 - () その他()
 - () その他()

回答者の属性

属性	地域		職種		
	都会	46	医療	医師	44
小都市	50	看護師		36	
山間部	10	他		10	
		介護	CM	6	
			介福HP	1	
			他	7	
		行政		1	
			市民	1	
計	106	計		106	

- 約半数が都市部、約半数が医師

最も必要度の高い要件は何だと考えるか。

高:1～低:5。 複数項目に同番号付与可。

項目	1の数	2の数	3の数	4の数	5の数	他	他
本人の強い意思あり	99	2	2	0	1	26	なし
本人の意思を尊重する家族あり	55	36	5	3	1	6△	なし5名
本人の意思に反対の家族なし(身寄りなし含)	34	38	10	3	2	19	なし
協力医師(訪問診療医・かかりつけ医)がいる	54	29	14	4	1	46	なし3名
協力してくれる訪問看護師がいる	46	29	11	9	6	5	なし
協力してくれるケアマネがいる	28	39	13	13	3	10△	6が3名、なし17名
協力してくれる友人がいる	5	25	22	13	5	36	なしが31名
協力してくれる地域住民がいる	2	24	20	16	8	36	なしが31名
自宅が持家	2	6	13	15	4	66	なしが61名
医療処置が少ない	3	12	18	12	2	59	なしが51名
経済的に恵まれている(お金がある)	3	15	16	11	5	56	なしが48名
認知機能が低下していない	3	15	16	11	5	56	なしが46名
山間地・過疎地ではない	1	7	12	11	3	72	なしが67名

- 必要な条件 第1位:本人の強い意思 第2位:家族の協力

独居高齢者の看取りにかかわった事例数

	事例数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
全数	2015年度	90	5.96	23.33	0	193
	2016年度	89	6.63	25.36	0	211
	2017年度	91	5.27	22.28	0	187
3ケース除く※	2015年度	87	2.22	4.72	0	24
	2016年度	86	2.55	4.62	0	26
	2017年度	88	1.70	3.76	0	23

※看取り件数が50件を超えていた3ケースを除く(Kホームクリニック・Sクリニック・M訪問クリニック)

- 年間2人強を看取っている

独居の看取りにかかわるも最終的には施設あるいは病院へ搬送した事例の数

	事例数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
全数	2015年度	82	1.56	5.67	0	50
	2016年度	86	1.83	5.71	0	50
	2017年度	87	1.82	4.98	0	40
3ケース除く※	2015年度	79	0.86	1.38	0	7
	2016年度	83	1.16	1.98	0	9
	2017年度	84	1.27	2.59	0	19

※看取り件数が50件を超えていた3ケースを除く(Kホームクリニック・Sクリニック・M訪問クリニック)

- 年間1～2人の独居者が搬送されている

独居高齢者の看取り割合=(在宅看取り数÷(在宅看取り数+病院搬送数))

	事例数	割合	
全数	2015年度	50	57.2%
	2016年度	52	63.4%
	2017年度	60	47.3%
3ケース除く※	2015年度	47	55.6%
	2016年度	49	62.1%
	2017年度	57	45.3%

※看取り件数が50件を超えていた3クリニックを除く(Kクリニック・Sクリニック・Mクリニック)

- 独居高齢者の2人に1人は、在宅看取りができています

地域規模別の看取り数(全数検討)

		1. 自宅看取り数			2. 病院搬送数		
		2015年度	2016年度	2017年度	2015年度	2016年度	2017年度
都会	平均値	11.65	13.55	10.45	2.59	3.03	3.05
	度数	40	38	42	37	39	39
	標準偏差	34.21	37.85	32.15	8.30	8.23	7.12
	中央値	1	1.5	1	0	1	1
小都市	平均値	1.24	1.31	0.68	0.76	0.95	0.88
	度数	41	42	40	38	40	40
	標準偏差	2.72	2.24	1.44	1.22	1.50	1.54
	中央値	0	1	0	0	0	0
山間部・僻地	平均値	2.11	2.22	1.56	0.43	0.14	0.50
	度数	9	9	9	7	7	8
	標準偏差	4.57	4.71	3.97	0.53	0.38	0.53
	中央値	0	0	0	0	0	0.5

Kruskal-Wallisの検定結果 p>.05 p>.01

地域規模別の看取り数(3ケースを除いた検討)

		1. 自宅看取り数			2. 病院搬送数		
		2015年度	2016年度	2017年度	2015年度	2016年度	2017年度
都会	平均値	3.32	4.11	2.79	1.06	1.58	1.89
	度数	37	35	39	34	36	36
	標準偏差	6.16	6.13	4.96	1.65	2.50	3.54
	中央値	1	1	1	0	1	1
小都市	平均値	1.24	1.31	0.68	0.76	0.95	0.88
	度数	41	42	40	38	40	40
	標準偏差	2.72	2.24	1.44	1.22	1.50	1.54
	中央値	0	1	0	0	0	0
山間部・僻地	平均値	2.11	2.22	1.56	0.43	0.14	0.50
	度数	9	9	9	7	7	8
	標準偏差	4.57	4.71	3.97	0.53	0.38	0.53
	中央値	0	0	0	0	0	0.5

Kruskal-Wallisの検定結果 p>.05

独居高齢者の在宅看取りの実態

- 1) 多い所(3クリニック)を除くと、年間2人強の独居高齢者を看取ってる
- 2) 年間1人程度が病院搬送されている
- 3) 独居高齢者の2人に1人は、在宅看取を実現している(看取り率50%)
- 4) 独居高齢者の看取り数は、
都会 > 山間部・僻地 > 小都市 の順

独居高齢者の看取りを可能とする条件

1. 本人の強い意思(LW)
2. 家族の同意や協力、覚悟
3. 訪問診療医、訪問看護師、
ケアマネジャーの力量、覚悟
4. 本人の要因(医療処置・経済状況・
認知機能…)

多様化する看取りの場

- ・ 自宅、施設、病院
- ・ 兄弟や知人の家
- ・ 介護施設や老人ホーム
- ・ グループホーム
- ・ デイサービス中
- ・ ショートステイ中
- ・ 小規模多機能中
- ・ ロングショート中
- ・ おとまりデイ中……

息を引き取る瞬間に 医者が居なくても大丈夫！

医者は死亡後でも、行けば
死亡診断書を発行できます。
(医師法20条の正しい理解を！)

記入する死亡時間は、推定でいい

医師法20条を正しく理解する！

- ・ 死亡後でも診れば、
死亡診断書を書ける
- ・ 「但し書き」の正しい解釈。
「診察後24時間以内の死亡は
この限りではない」
つまり「行かなくて書いてもいい」

2つの「24時間以内」

医師法20条：24時間以内に診ていれば往診不要
(昭和24年施行)

医師法21条：24時間以内に警察に届けが要る
(明治7年施行)

* 昭和24年にできた法律が平成24年に議論されている…
* 実に多くの医師が、20条と21条を混同している現実！
法律の誤解が、在宅看取りの阻害因子になっている。

遠隔看取り

- ・ 2週間毎の訪問診療で死期が近いことが前提
- ・ 事前に本人ないし家族の承諾を得る
- ・ 医師が12時間以内にその家に行けない場合
- ・ 訪問看護師がテレビ電話で死亡を確認
- ・ 看護師が死亡診断書を代筆する

都市部でも可能
 医師法20条の拡大解釈
 連携無しでの看取りが可能に！？

「遠隔看取り」の背景

- ・ 医師法20条の現代版、拡大解釈
- ・ 24時間ルール→2週間ルールに
- ・ 12時間ルールが前提となる

非がんの独居高齢者の看取り (長尾クリニック 過去5年間)

氏名	性別	年齢(死亡時)	在宅期間	主病名
SM	男	101歳	21ヶ月	腎不全
MT	女	93歳	28ヶ月	認知症
KY	女	82歳	3か月	老衰
SK	男	91歳	18ヶ月	COPD

独居の末期がんの看取り (長尾クリニック 過去5年間)

氏名	性別	年齢(死亡時)	在宅期間	がん種
SS	男	56歳	7ヶ月	胃がん
ST	男	67歳	20日	前立腺がん
MH	女	67歳	4ヶ月	肺がん
KF	女	62歳	13ヶ月	乳がん

独居高齢者の在宅看取りの現状

- 1 天涯孤独の場合のがんの認知症も100%看取っている
- 2 家族の有無の確認には個人情報保護法という壁がある
- 3 時々、家族が来る場合は、家族との意思疎通が鍵となる
- 4 ケアマネやヘルパーが119番するリスクがある
- 5 病院スタッフや地域連携スタッフが現状を知らない

独居の看取りの課題(私見)

- 1 病院や地域連携室への啓発が急務
- 2 ケアマネや介護職員への啓発も急務
(国立かいご学院、尼から連携の会)
- 3 隣人・市民や民生委員への啓発も急務
- 4 法律(医師法20条など)の周知が急務
- 5 孤独死防止のため地域看守り体制の構築



海外長期滞在希望先ランキング

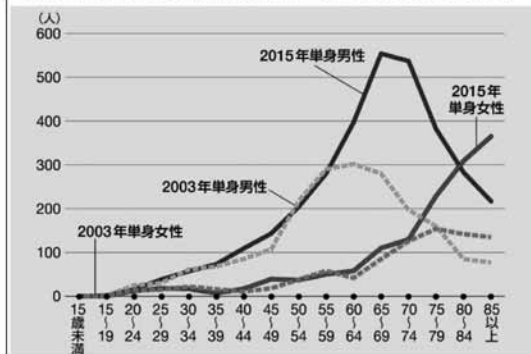
	2006年	2016年
1	マレーシア	マレーシア
2	オーストラリア	タイ
3	タイ	ハワイ
4	ニュージーランド	台湾
5	ハワイ	フィリピン



タイのチェンマイでも日本人の 独居男性の孤独死が急増中！

「北方のバラ」と呼ばれ観光名所が多いチェンマイ。
長期滞在高齢者に人気。年間、20名以上の孤独死。

■ 東京23区・男女年齢階級別単身世帯異常死数(自宅死亡)



都市部では在宅死の半数が “孤独死”である

無用な警察介入、救急搬送、
死体解剖を減らすのも仕事！

私たちが診ている独居高齢者は
氷山の一角ではないか？

経済的困窮者(下流老人)の増加
セイフティネットにかかっていない老人

地域包括ケアの網にもかかっていない
独居高齢者へのアプローチが急務である

孤独死を回避するために(私見)

- 地域の守り体制
 - ・24時間定期巡回随時対応型・訪問介護・看護
 - ・ヤクルトおばさん(朝)や病院の配食サービス(夕)
 - ・民間企業の参入は？(モラルハザードを担保)
- 地域包括支援センター機能の強化
 - ・地域のMSWの活用
 - ・医師会と行政の連携、社協や老協
- 市民意識の向上、啓発
 - ・講演会や市民フォーラム、看取りの文化
 - ・エンディングノートに孤独死防止策を追加
- 経済的困窮者の救済制度の活用
 - ・生活保護制度や無料定額診療の拡充
 - ・相談窓口の設置

課題

- 「独居看取り」と「孤独死」の違いの周知
- 本人の意思確認
家族・医療者・地域住民の尊重
「覚悟」を共有する
- 地域のインフォーマルなサポート体制
特に行政のバックアップ

勇美記念財団 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト委託事業

伝説の劇団「ザイタク」 第2回公演



劇団「ザイタク」とは、
近隣の在宅医、病院の医師、訪問看護師、介護職が、在宅医療の啓発のために立ち上げた劇団。今回は、独居高齢者が自宅で最期まで暮らしていくための地域づくりをテーマに公演します。
在宅医療を実践する立場からの演技は臨場感たっぷり！笑いあり、涙あり、認知症で身寄りのないおじいさんが、退院してきたところからドラマが始まります。

おひとり様でも、自分の家で

～独居高齢者の
在宅看取りは
どこまで可能か～

“ピンピンコロリ”できるねんで！

平成30年2月10日(土) 16:30～18:00(開場16:00)
会場：兵庫県立尼崎青少年創造劇場
ピッコロシアター 中ホール
参加費：無料
出演は近畿一円の在宅医、訪問看護師、ホームヘルパー……

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」 プロジェクト クロージングミーティング

- 日時 2018年3月17日(土) 16:00～18:45
- 場所 フクラシア八重洲 K会議室
- 内容 テーマ「課題と展望、具体的行動そして政策提言まで」

基調講演 「独居でも穏やかな看取りができる街づくり」
井益雄(上田市い内科クリニック 院長)
話題提供 「独居の看取りが出来る街づくりのための私の提言」
秋山正子(マギーズ東京 センター長)
浅川澄一(元日本経済新聞生活情報部編集委員 フリージャーナリスト)
北村浩子(尼崎市ケアマネジャー協会 会長)
全体討議

司会：長尾和宏、蘆野吉和

3 「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に関するアンケート調査

自由記述

苦労したこと

《都会・医師》

▶後方支援病院として病院があるため、最期は家族、本人の希望にあわせた療養の場の選択をしている。がん末期を多く見ており後方ベッドは必要不可欠である。

▶ドアの鍵がかかっており警察を入れざる得なかった時がありました。交番の警察官と室内に入り、座薬を入れようとした姿で亡くなっていました。

警察署へ連絡し検死のために担当の警察官が2名来て検視、事情を説明し、事件性がないことも分かり、現場に私がいたこともあり上と相談、検案書でなく死亡診断書の発行を依頼されそれ以上の可哀相なことになりませんでした。それ以降、独居の場合必ず鍵の在り処を明確にしています。ほとんどはキーボックス、時々玄関横の植木鉢の下、傘入れのツボの下…かな。

▶マンションのセキュリティが高いと、入るのが大変。

▶賃貸住宅の大家さんから看取りを渋られた事（事故物件にならないか、資産価値が下がらないか）。

自宅看取りに不安の大きい介護職との連携。

▶1人でいられない場合（誰かを呼ぼうとする）認知症又は不穏で危険な状態（1人では置いておけないような）。

▶関わる家族が全くいない患者の看取りで死亡届を誰が提出するか決まらないまま死亡した場合。生活保護受給者の場合は福祉事務所が対応してくれるが、そうでない場合は家主などに依頼しなければならない。同様の患者を受けた場合、死亡届を提出する人を予め決めておくことは必須。その他、様々な独居高齢者の在宅看取りの困難点と対応について拙書「ひとり、家で穏やかに死ぬ方法、主婦と生活者、2015」に詳しく記しています。

▶周囲のスタッフや家族、本人も早々に諦めてしまう。

▶周囲が反対するが患者が自宅看取りを希望する場合、患者の意思を実現するために独居でも看取

りが可能なことを周囲に説明する労力、時間。患者の思いに即した多職種との意思統一と、タイムロスの少ない情報共有。大家さんや近所の理解を得る事。

▶自称、天涯孤独で献体をしているから、死後は遺体を役立ててほしいという患者の言葉を信じ、死後に献体の会に連絡したとこと、天涯孤独という証明がないと献体は受け入れられないといわれ、遺体の処理に困ったことがある。生活保護であれば役所のケースワーカーが対応してくれるので問題はないのだが、生活保護を受けていない場合はより注意が必要。

▶キーパーソンが直接的な介護者ではなく、陰のキーパーソン（特に遠い親戚）が介在する場合は苦労します。日頃、傍にいないのでこれまでの経緯を説明してもなかなかご理解いただけないことがあります。

▶浜松は施設がたくさんあり、空床もたくさんあり、独居で状況が悪くなると入院や入所になりがちです。

《都会・看護師》

▶身寄りがなく、本人の知り合いや近所の方々が巻き込んでいったこと。

▶本人が自宅での看取りを希望していても認知面の低下や自宅内での転倒などの事故で家族が出てきて、半ば強制的に施設に入れてしまうことがあり、何か出来なかったのかと力不足を感じました。

▶独居で認知症の周辺症状が激しい（暴力、拒否、徘徊）場合は、遠方の家族の不安が強く、入院になる事が多い。遠方の家族があまり関わりたくない、負担を負いたくない場合も、本人が在宅看取りを望んでいても、最後は入院させることが多い。

▶介護保険ご利用の場合、訪問介護を必要回数利用する事になるが、そうする事で訪問看護での訪問回数が少なくなる。優先度にもよるが、限度額単位内で十分にサービスを提供する事が不足と感じる事がある。

▶病院から紹介されて、開始した直後に亡くなった事例は、在宅医療のメリットがない。

▶高齢でも日常生活自立されていたら介護認定を受けておられず、病名・余命がわかってから認定を受けられることがあります。しかし、結果がで

るよりも身体の変化が早く、生活環境・食事・排泄などヘルパー援助を増回したくても、「予防」の結果がでるかもしれない、と増回できなかったケースあり。大切な終末期の環境が安楽に過ごせない時期がありました。癌末期時には、暫定でも要介護の判定がいただけたらと願います。

▶普段、訪問した事がなく、通常の状態からも想像できない急変に当たったこと。

《都会・その他医療職》

▶周囲に介護人がいない場合、本人とのアポイントが取りにくい。

▶緩和ケアの症例のため、看取りまでの期間が短い、本人のみとの信頼関係を構築して、服薬管理に介入することが難しかった。

▶ご自宅にご本人様のみ在宅されている時の対応。

▶土日の麻薬の手配。

▶介護保険等の在宅サービスだけでは在宅看取りまで支えきれないことが多い。そのため、在宅看取りができた事例のほとんどが最期の1～2週間程度家族の支援があったため、在宅看取りが可能となったということである。

▶ご本人の意思よりも主たる介護者や介護従事者などの意向に流される事が多く、また医療従事者の自宅での看取りに対する体制の限界（例えば夜間に不安があった際の連絡や死亡確認など）もあり、最終的に医療機関の搬送や救急要請となったり、また施設入居者であっても対応が難しいと施設に戻れなくなり過剰な医療投与につながっていると感ずります。老いや寿命、医療の限界などの指導、回復の見込みの有無などの説明、訪問診療・看護・介護の充実など課題が多いように感ずります。

▶本人の意思にかかわらず搬送したことはありません。

《都会・ケアマネ》

▶寂しさや不安への対応。

《都会・その他介護職》

▶本人が自己決定しない。大正生まれ以前の高齢者の多くは「自己決定」という意識・概念が理解できない。「家族のいいようにしてくれ」。

▶家族間の看取りに対する知見と感覚がバラバラでコンセンサスが難しい。

▶非がん患者（老衰、関節痛など）の緩和ケアができる病院、施設がない（少ない）。

▶＜在宅⇔病院⇔介護施設＞の連携が不十分なし存在しない。私の母の場合、事実上の病診、病病の連携は、長男である私が実施せざるを得なかった（2011年当時）。

▶母が厄介になっていた特定施設は看取りケアを実施していて、看護・介護スタッフは訓練を受けていたが、容体急変時に入院した急性期病院のスタッフは「看取り」意識が不在。とりわけ医師はひどい！

▶急性期病院における人権意識の欠落。患者が譫妄状態になると、標準治療として何の疑問も持たず、身体拘束をしようとする。母の場合は、拘束を拒否。病室で家族が交代で24時間見守った。

《小都市・医師》

▶遠方の家族の突然の介入に翻弄された。

▶年間20例前後の在宅看取りを行っている者です。完全な独居高齢者のケースの経験はわずかで、家族がサポートできている状態が主となっています。施設の協力も得られやすいので、ご納得があれば在宅での看取りは比較的スムーズと考えています。しかし、独居高齢者の場合、意思決定のプロセスにやや不安を覚えます。また、一緒に支えてくれる医療介護事業者とのやり取りの中で、独善的になりすぎていないか…と振り返って反省する場面があります。この点において、独居高齢者のケースでは、よりその側面が強くなりそうなので、意思決定のプロセスを明確にできるといいなと思います。

▶ご当地は幸いな事に地域力、家族力に恵まれていると思います。よって、どうしても独居で看取りと言う事例に未だ遭遇せずにはいます。幸いです。

▶独居高齢者を訪問診療で見ることは多いが、私の地区では見守り隊や民生員、包括支援センターにより把握が早く、施設数も多い為弱ったところで入所になり、看取りの話が出ることは少ない。

▶病院や施設が独居高齢者の自宅看取りはできないと思込んでいて紹介しない。在宅支援チームが独居高齢者の自宅看取りは難しいと思込んでいて受けない。

▶周囲のスタッフの理解。

▶①認知症で独居の肺がん女性、自宅で転倒した際、近所の女性が開いているドアから入ってきて発見。インフォーマルな支援者への情報提供の在り方について考えさせられた。その方は、近所の人が死亡発見者とならないよう、鍵をかけて管理。

ケアワーカーが看取り時に立ち会えた。

60代がんの男性。生活保護。契約している訪問看護ステーションが日中しか稼働していなかった。金曜日の深夜に亡くなっていた。朝の訪問ヘルパーが発見。往診で看取ったが、ケアマネにも訪問看護にも連絡がつかず、市の担当者から葬儀社に連絡を取ってもらい、葬儀社が来るまで医師が引き留められた。遠方の家族は、その後到着。医師だけが24時間対応では荷が重い。

また、亡くなる前に遠くの家族がどこまで対応してくれるかの確認も必要。がんだったので早めに確認しており、手が打てた。

②独居男性。生保で一人暮らし。沖縄に親戚と別れた妻がいると連絡先は聞いていた。舌癌で寡黙。援助を拒みがち。外出できなくなり毎日ヘルパー導入。ある日ヘルパー訪問時玄関の鍵が開かず、返事もないため倒れているのではと訪問看護が緊急出動。大家から合鍵を借りて開けようとしたが開かない。主治医も駆け付けた。ひょっとしたら鍵を勝手に変えているのではと大家が考え、本人宅のドアをたたいたところ、寝ぼけていた本人が鍵を開けてくれ一同ほっとした。5月の連休中のことで3時間ほど費やした。

正しい合鍵を訪問看護が確保し、1週間後、動けなくなっているところを発見され、緩和ケア病棟入院。1週間ほどで永眠された。

自立心が強く、介護を拒むタイプで、介入が難しかった。訪問してわかったが、緩和ケア外来からオピオイドが処方されてからも軽自動車を運転し買い物をしていた。「今日は車があるから家にはいるはず」と近所の人から言われて、そうでしたか一同。

▶別居している親族の希望で看取りの予定が急きょ入院になる例はあるものの、仕方ないことか。がんの末期で病院通院もしており在宅でフォローしている方で、病院の判断で入院となり、そのまま亡くなることもよくあり。

▶終末期になってからの安否確認をどれくらいの頻度で行うのか判断に迷った。介護職に安否確認をさせる事に戸惑った。

▶「遠隔地で一人暮らしをしていたが、病状の悪化で通院や生活が困難になった段階での、子の住居地への転居」で困ることが多くなった。同居もできず、単身の生保でアパートを借りたケースがあったが、急速に衰弱が進み、何も決めていない段階での在宅医療開始とともに緩和ケア病棟との

連携を始めなければならず、時間との闘いの様相を呈した。2017/11のケース。

▶2014年にも1名、生保の末期がん症例を受け持ったのですが、最初から何かあれば入院するよと言われており、実際にそうなっています。生保の患者さんは入院のハードルがとて低く、看取りは相当に難しいと思っています。

《小都市・看護師》

▶遠方の娘との関係や娘の思いも把握しづらかった。

▶遠くに住んでいる家族に理解を得る事が難しかった。最終的にはご理解いただけた。

▶主治医への信頼が厚く往診医の導入が困難。細やかな症状コントロールが困難で、状態が悪化し入院となってしまう。

▶吸引するとなった時、誰がする？となり、家族から入院を希望。本人は家がいいといい、独居で吸引も必要では、家は無理だろうとケアマネも。しかし、まもなく亡くなりました。

▶夜間など人の出入りのない時間。

▶入院から在宅に帰る際、本人の意思に関係なく後方病院に入れられてしまうこと。独居は無理という考え方が根強い。

《小都市・その他医療職》

▶医療未受診者の訪問栄養で、介護離職した息子と母親世帯。どちらも医療不信のなか医療拒否をし、SPO2および血圧の異常をみとめ、いくら受診勧奨しても応じない。明らかな看取り状態であったが、医療には一切かわらなかつた方の最期1週間前に訪問した。その時も同じことを言われたが、地域包括支援センターなどと連携をとり、また、風邪などでかかる医師に報告しスタンバイはしていただいた。しかし、最期は眠るように亡くなり、家族からこれで良かったと電話をいただいた。死亡届を出したその足で、息子は職を探しに行った。苦労というよりも、人の死に医療は必要あるのか疑問になった。医療とは、何か。もう一度、皆で話し合いたいと思った。

《小都市・ケアマネ》

▶末期の方の件数が重なると、かなり業務が負担になる。最期をどのように迎えたいかの話し合いやかかわりが短いことが多いのでできにくい。

▶当初、本人は自宅で看取りを希望し同居の娘も

同意していたが、娘が重篤な疾患にかかってしまい、娘の子供から入院の意向がでたため、入院となった。娘の子供も看取りを希望していたが、悩み抜いて結論を出されたため、入院を選択したことに同意せざるを得なかった。

▶独居者が亡くなった場合、縁者を捜したり、家具等の処分に関与せざるを得ない事例がある。

《小都市・介護福祉士／ヘルパー》

▶他機関との連携がとりづらいケースでは、状態に変化があった時の対応に困る。例えば現場からの連絡や問い合わせがとりづらい等。

《小都市・その他介護職》

▶年間を通し関わる事の繰り返しの日々の中で、担当医の言葉を信じていいのか大丈夫なのか不安を確認、回答を求められること。

《山間部 / 僻地・医師》

▶2016年に90代の独居高齢者が1人おられましたが、亡くなる1週間ほど前に再婚され（我々の手伝いもあり）独居でない状態で亡くなりました。同じく2016年に、独居ではありませんが老老介護の夫が亡くなりました。夫人は少し前から腰痛で寝たきりとなり、二人分のケアが必要となり独居より大変なことがありました。

《山間部 / 僻地・看護師》

▶遠方の娘との関係や娘の思いも把握しづらかった。

《山間部 / 僻地・ケアマネ》

▶独居に限らず自宅で看取る環境が整っていない。

《山間部 / 僻地・その他介護職》

▶看護師だけ介護職であるため、利用者の身体的状況はわかるが、医療行為や医療看護的判断を伝える方法がない。上司に伝えても、医療ではなく介護職だから…と、袖にされてしまう。また、たとえ伝えてもケアマネさんに在宅の状況を伝えても伝えきれないもどかしさがある。その方が良い在宅を送るための意見をなかなか吸い取っていただけないことが多々ある。僻地ならではの情報共有の困難さを感じている。

自由意見

《都会・医師》

▶特に独居が特別ではありません。これからの日本、老々世帯、認認世帯、独居世帯が増々増えていきます。訪問診療、訪問看護を地域で展開する医療者が逃げるわけにはいきません。看取りには3つの覚悟が要ります。1、本人の覚悟 2、家族の覚悟 3、医師、医療者の覚悟です。独居の場合1、2については他の選択肢がないので覚悟されていることがほとんどです。問題は3、医師、医療者の看取る覚悟で決まります。

▶①社会資源（医療資源と介護資源）を導入すれば担うことができると感じますが、その資源は限りあるので、一部の人に投入することで、他に回すことができなくなるエリアがあるはず。そうした場合、「独居高齢者は施設に集めて効率的に看るべきである」という意見が出てくると、個人の意思の尊重と、医療介護資源の配分と、優先できることは地域によって異なると思います。これは、「都会と地方」という要素が大きいのか、このアンケートで明らかになると、次の対策につながります。

②検視官に、「独居の看取りの場合は、できるだけ警察に連絡をください」と言われました。それは、死因についてではなく、資産についてです。独居高齢者の家に複数の人が出入りする環境では、「通帳が1冊なくなっている」といったような犯罪が潜んでいるケースが多いそうです。したがって、看取って終わってしまわずに、次の犯罪を抑制するためにも呼んでほしい、と説明を受けました。医療関係者は性善説でみてしまい、警察は性悪説でみている、という違いですが、「独居高齢者の自宅看取り」の背景で起こりやすいことは事実のようです。

③「独居高齢者」と言っても、「近くに親族がいる独居」「遠方に親族が居る独居」「親族の居ない独居」と分けられます。家族は「理解が良い」「理解ができないが理解しているふりをする」「理解が悪い」に分けられ、さらに「判断が安定している」「優先順序が変わりやすい」などと分けいくと、「親族の居ない独居」のほうが良い場面があります。

▶可能な限り希望をかなえてあげたいと考えています。

▶行政の支援や理解も必要と思います。独居なの

で家に帰れないと病院で判断されて、帰れないケースはまだ多い印象です。

▶やはり難しいと思う。本人の意思が明確なこと。誰か、そばでその意思を見守ってくれる人がいることが必要だと思う。まったくの一人では、困難だと思う。

▶やはり、本人の覚悟が最も重要かと思います。次に、もしも存在するなら、家族の覚悟、最後に医療介護従事者の覚悟かと思います。がん・非がん、医療処置などは、あくまでも二次的な問題であって、これからどこでどのように療養するのかというACP＝覚悟が独居の在宅看取りに関しては重要な要素だと感じています。本人や家族の意向が一致しない場合は、特に独居の場合は自宅で看取るのは難しいケースが多いです。また、独居でも最期まで自宅で過ごすことが可能であることを知らない人々がほとんどです。みな、一人暮らしの人は、最期は病院か施設へいかなければいけないと考えています。

今後、爆発的に独居高齢者が増加する都市部において、独居高齢者全員を病院や施設に収容するようなキャパシティーはなく、やはり地域で、在宅で、施設で、看取っていただくことが重要と思います。施設での独居患者の看取りは、施設に入所した時点で独居ではなくなりますが、現実的にはもっと普及してもよいかと思います。しかし、独居の方や身寄りのない方は、施設側の負担が大きい（契約の問題、後見の問題、支払いの問題、死後の問題など）という部分もあるかもしれません。

また、独居高齢者を在宅看取りした場合、医療機関の未収金が発生するリスクが高い、ということも周知が必要かと思います。患者の死後に医療費の支払いをどうするのか、家族が払うのか（相続を拒否された場合は回収不可）、後見人が対応するのか（後見人の仕事は死前までなので、その際には死後委任契約という別の契約が必要）、などについて、生前からしっかりと書面で契約を交わしていく必要があると思います。そのような風土や雰囲気醸成する必要があり、こういう先々の話をするのが当たり前という時代にならないと、なかなか独居高齢者の在宅看取りは進まないと思います。

▶「末期の病気になったら、自宅で過ごすことはできない」という間違った常識を、一般住民も医療介護従事者もまだまだ持っておられると感じます。世話する家族がたくさんいないとだめ、誰かが24時間常に見守っていないといけないといっ

た先入観で諦めたり、「完璧に介護をしないと行けない」という思い込みで諦めたり。同時に、「病院に入れば、万事OK。ゴール。免罪符を得た」といった考え方をもち家族も多いように思います。在宅よりケアの質は下がっても、そこが病院であるというだけで、ほっとする家族は多いのです。

「なにか出来事が起きた時に、その責任を引き受けたくはない」「患者と同じ建物の中に人がいない時間帯に、出来事が起きてはいけない」という責任の所在を気にする心理が、家族や介護スタッフに垣間見えることもあります。

独居の場合は、家族がおらず、なにも考えていないの方がうまくいく印象です。考える人は「できない」と考えているところがスタート地点なので、そこから常識を変えるのに医療側がかなりのエネルギーを使います。

TVや書籍での紹介がすでに行われていますが、引き続きマスメディアを通じた広報が必要なのだと思います。

▶本人の覚悟、家族・親族の支援と覚悟、在宅支援チームがあれば、原則的に独居高齢者の看取りは可能と考えます。独居であっても、孤独ではない、と考えます。世間あるいはコミュニティとの何らかの関係が保たれている状態は、独居（一人暮らし）であっても、繋がりのない「孤独」とは異なると考えています。また、高齢者同士の家族＝老々介護の家庭は、いずれ必然的に独居になります。家族の介護もあまり期待できなくなり、独居の高齢者は増えていくでしょう。したがって、独居という暮らしのあり方を、生から死までどう支えるか、と考えるべきでしょう。もう一つは、現在施設が急速に増加し、施設看取りが増加、主流になりつつあるかの勢いです。施設看取り（ホスピス、病院を含めて）と、在宅看取りの根本的な違いは、看取る人が二人称（原則家族）であるかどうかです。施設看取りは、あくまでも三人称で、せいぜい2.5人称でしょう。在宅での看取りと、それを支える在宅サポートチームの働きを基本・モデルとして、施設の看取りはそれを見習って実践するものと考えるべきでしょう。

今回のアンケートが、今後の独居の看取りを支える地域づくりに役立つことを願っています。

▶本人の意思を尊重して協力してくれるヘルパーさんも大切。亡くなった時の第一発見者になる可能性が大きいです。

がん末期などで症状が厳しい場合は、誰も泊まり込んでくれなければ緩和ケア病棟も選択肢。賃

貸住宅の一部では、部屋で亡くなることを暗に避けて欲しいような言動をしているところがあり、入居者が遠慮している場合もありました。

▶本人の意思確認を何度も行うこと。その結果をかかわるスタッフと家族全員で共有すること。同居していない家族に、一人で死んでいくことを受け止めるよう事前に説明し、理解を得ること。

生活保護ではない自称「身寄りがない」あるいは「家族とは縁を切っている」という患者には、死後の対応についてしっかりと方針や費用の確認をしておくこと。特に、「自称天涯孤独で献体をしているから、死後は遺体を役立ててほしい」という患者は、生前に天涯孤独であるという証明を役所から取っておかないと献体はできないので、特別の注意が必要である（死後に天涯孤独という証明を行うことは、ほとんど不可能であり、天涯孤独の証明には戸籍を遡る必要があり、非常に時間がかかるものである）。

▶イギリスのように最末期には宿泊してくれるスタッフを配置できるようになるといいですね。看取り士のようなスタッフを育成したいと思っています。

《都会・看護師》

▶①本人の意思確認：必須

②制度に基づいたサービスとインフォーマルサポートの共存：責任の所在、個人情報取扱い

③地域（学区、町内）の特性：地域ごと高齢、独居、認知症の割合が高い

④生活保護受給者：介護保険、高齢者保険、自立支援医療：各サービス過多

思いを叶えるために、制度上の金や人をどれだけでも使ってよいのか？

⑤身寄りのない方

▶認知面が落ちてきた時に本人が火事を起こした事件があり、火災などの問題も検討していかなくてはいけないと思いました（ボヤで済みましたが、右手1本大やけどでした）。

▶認知症があっても、精神疾患があっても、ある程度本人の意思が明確であれば、在宅看取りは可能であるが、家族があまり責任を持ちたくない、関わりたくない場合は、最終的に入院となることが多い。

▶生活保護で独居の方を家族が引き取ろうとすると、生活保護が打ち切られる可能性があり、予後との勘定で、行政側と調整が難しく感じることもある。例えば予後が1～2か月なら、そのまま生活保護を受けながら家族が引き取ることもOK

とか、何か指針が必要か？

▶それまで独居だった人が、がんの終末期になり、兄弟や娘や息子の家族に引き取られた場合は、お互いの気遣いが強く、ストレスが高くなり、家族内でもめめたり、早々に病院に入院することがある。独居の方を身内が引き取ることが、必ずしも本人のQOLや意向を尊重した形にならないと感じている。そのためにも、独居は独居のまま、家族も自分たちの生活バランスを崩さずに外から関わるのでも大丈夫だという保証ができるように、地域の支援体制が整うといいと思う。

▶介護職が慌てて救急車を呼ばないように、看取りのケアも含めた介護職への支援が大切だと思う。

▶独居高齢者の自宅看取りは、期間が短いほど、在宅医療者を無駄に使い、「最善ケア」の評価が得られず、経験の少ない医療者には不全感だけが残ります。

外来通院で、「しんどそうだったので、訪問診療、訪問看護を依頼」というfaxに、たびたび、振り回されます。先日は、訪問すると、ぽっとでてきた、遠くの親戚が「こんな状態は看られない。（見てませんが）すぐ入院させて」と、在宅医療者に訴えられました。退室後に救急車を要請して紹介もとの病院にいつてもらいました。せめて、在宅医療を紹介する前に、本人の意思確認をとってから、紹介していただきたい。初回の訪問は、ぽっと行くわけではなく、多くの人の準備を要し、それらがすべて無駄になるし、初回の訪問の費用の請求も難しい状態になります。

同じような紹介で、訪問したとき、亡くなっていたという、大変な残務処理のみであることも、経験しています。本人家族の意志があって、「家に帰ってよかった」と評価される人がいるなら、やりがいを感じますが、請求だけ宙に浮くようなことに対して、病院の紹介者はなんとなく感じるのでしょうか。紹介した人の「なんかすみません～」と笑いを押し殺したような返答しかありません。

▶女性の社会進出、核家族化が進み、地域社会との関係性も希薄になっている都会の現状では、友人や地域の住民の協力は得にくく、家族の協力が得にくい場合を想定してのシステム作りの構築が大切だとは思いますが、やはり金銭的に余裕がある方でないとう導入できないなど、課題は大きいと思います。

▶エンドオブライフ・ケア協会設立前は困難と思っていました。設立後、養成講座を受講し学ぶ中で、支えを強めれば独居でも過ごし続ける中の看

取りは成立すると思えるようになりました。

老々介護や独居でも、本人家族の在宅で過ごしたい希望実現の中であれば看取りは瞬間の出来事。それまでの下降期をいかにサポートするかが問われると感じています。

▶孤独死と独居看取りの違いが認知されていない。家族は放置していると思われたくなくて、施設など選択するケースもある。また医療職、介護職のスタッフでも「在宅のレベルではない」と、独居の継続に否定的な方も少なくない。

▶自分の経験が浅いですが、大切なのは本人の意思だと思えます。

▶本人の意思と協力する関係者が必要と思えます。また、反対する家族の存在も、話し合う上で必要な存在かな、と思えます。実際には家族やケアマネが「心配」ということで、施設に行くケースは少なくないです。

▶在宅看取り経験が少ないので、現利用者のごことで想像すると、あまり問題は思い浮かばない。実際に関わると違う事があると思う。

▶独居高齢者の場合、家族が同居している以上に環境を整えておかなければ難しいと感じました。住宅の生活環境、サービスの連携などは勿論、これらを本人や別居する家族がどれだけ受け入れられるのか等、繰り返し検討して生き方に添う事が大切と考えます。

《都会・その他医療職》

▶身寄りの全くない独居者と、看取りまでの普段から付き合っていることの必要性を感じる。まず、そのような境遇にある人と知り合ったら、気づいて手を貸す準備を始めることがあってしかるべきと考える。逆に、独居になったら他人さんとの付き合い方を工夫しておく知恵が必要ともいえよう。身寄りのない独居にとって、お金の問題は場合によって深刻です。

▶独居高齢者の自宅看取りに関しては、かかわるすべてのスタッフの質、連携が重要と考える。現在、国や自治体との協力で急速に進んでいると実感している。その中で経済格差について対応策がとられていくことを期待する。

▶当院は在宅がん緩和ケアを専門としている在宅療養支援診療所です。よってすべての患者さんが「がん」の疾患を持った方となっています。がんの終末期の患者の特徴でもある最期の1～2週間の急速な症状悪化やADL低下は、現在の公的なサービスや支援だけでは、対応することは難しく、家族や友人、地域住民、ボランティアなどの関わ

りが短期間ではあるが必要となってくると強く感じております。家族が最期の時間に関わるということは最近増えてきたように感じています。それは介護休暇制度などが取りやすくなっているからではないかと考えております。友人や地域住民の関わりというのは、都市部のためか関係性が希薄なことが多く、支援やサポートをしてくれる方があられることはごく稀なことだと思います。ボランティアについては、地域のボランティア団体を使用することはタイムリーに使うことは難しいため、当院ではボランティア団体を組織化し、活用させてもらっています。

このようなことから、現状では、一人暮らしのがん患者さんを自宅で看取るためには、「家族」の存在、「家族」の支援が必要と言わざるを得ないと思えます。「社会」で支えるということは、現段階では実現困難であり、地域包括ケアシステムもこのままでは絵に描いた餅になってしまうことが考えられます。

また、疾患にもよりますが、治療と療養の場の意思決定（支援）をどこで、誰と行うのかということをお私たちは考えなければならぬと思えます。家庭の中、福祉サービス利用開始時、医療機関への通院・入院時など、様々な場面で重層的に、今後どんな医療を受けたいのか、どこで、誰と過ごしたいのかということをお意思決定能力がある程度残っている段階で、本人の意向を確認しておく必要があります。そして、その情報を次の担当者に繋げていきながら、「その方にとって何が最善か」ということを、本人も含めた多職種で考える風土をこれから作っていくことが重要と考えています。

▶支援する周りの機関・知人などがどの程度添えることができるのか…。24時間の体制などの対応が可能な医師や看護師、介護事業所の職員など負担。亡くなった後の死後事務に関する問題など非常に難しい問題が混在しているように感じます。

▶独居高齢者の自宅での看取りを行うには、家族の協力、多職種の連携が必要不可欠だと思います。また、その地域住民の理解も必要で、町全体で高齢者を支援している意識作りも必要なのではないかと思えます。家族が遠方にいる高齢者も今は多くいるので、行政関係者様や民生委員様の支援によって、生まれ過ごした地域で最後まで生活できるのではないかと考えます。

《都会・ケアマネ》

▶私が独居高齢者の看取りに関ったのは近年では

一人でしたが、これまで17年間ケアマネジャーに従事してきた中で共通して言えるのは、意思がはっきりしているうちは意思決定支援を徹底的に行えますが、気が弱くなり、寂しさがふえ、次第に死と向き合う時間がながくなると人は人の温もりが必要なんだということでした。フォーマル資源には限界がありますが、それまで生きてきた中での人との繋がりによって、誰かが常に傍にいる環境がつかれるならば、最期まで自宅で過ごすことを安心した生活にすることが出来るのではないかとことです。いくら気丈に振舞っていても、気が弱くなるサインは必ずあるはずですが、そのサインをプロが見逃さずキャッチし、財力も必要ですが、温もりを感じながら暮らせる環境がいかにつかれるかといつも感じています。

《都会・その他介護職》

▶<自宅看取りって、いったいなんのこと。この際、原点に立ち還って考えてみては？>

公的資金を使った在宅医療のある研究の発表会で、厚労省の医官が早川一光医師の吐いた在宅医療に関する本音を重く受け止めていました。在宅医療を提供する先駆者だった早川先生が一転して在宅医療を受ける立場になって初めて「こんな筈ではなかった」と漏らしたエピソード（NHKが全国放送）です。早川先生自身その発言の意図を業界紙に載せてはいましたが、その本音については様々な解釈や見方があります。だが、この際、早川先生の発言意図を忖度するだけでなく、「こんな筈ではなかった」が発するメッセージを重く受け止め、そこから多くの課題を多く引き出して、議論の俎上に載せ、徹底的に掘り下げる必要ではないでしょうか。そこで、私は以下のように考えています。

「独居高齢者の自宅看取り」の概念がはっきりしない。その定義を明確にし、なぜ、その政策の推進に医療・介護事業者が協力するのか、その目的、意義などについて本当のところを開示したうえで、地域住民を含めた地域全体のコンセンサスを固めなければ「独居高齢者の自宅看取り」の普遍化は困難ではないか。

私は在宅介護、在宅医療、在宅ホスピスの現場を1980年代からジャーナリストの立場で見聞してきましたが、2009年ごろから高齢（享年92）の実母と義父（同101）の看取りケアに家族の立場で行いました。わずか2例の体験からですが、制度、政策や一部のカリスマ医師やカリスマ訪問看護師らや彼らがいる一部先進地域の突出した成

功事例に学ぶ段階は終わり、普遍化という次のステージに進むためには、この際、「独居高齢者の自宅看取り」とは何か、なぜそれをしなければならないのか、といった基本問題にいったん立ち還るべきではないか考えています。こうした問題意識に立って基礎的自治体、都道府県、国の各レベルで熟議することが大事だと思います。その結果、「独居高齢者の自宅看取り」を推進しようとしても、それができる地域とできない地域が分かれることになるかもしれません。「それでも良い」とする地域住民が多いところは、それはそれで住民の自己決定であり、地方自治のあり方です。言い換えれば、地域住民（被保険者・納税者）を巻き込んだ議論を経ない限り、「独居高齢者の自宅看取り」観に立った地域包括ケアシステムは、医療・介護サービス提供者のための施策に終わってしまうような気がしてなりません。

《小都市・医師》

▶独居の定義が難しい。一人暮らしでも毎月通って介護する家族がいる場合など様々なケースがあるため、どのケースまで独居とするかで統計は変わってくると思うので、正確に数を出しにくいです。

▶独自の自宅療養は無理と端から諦めているケアマネ、病院スタッフは多い。急変時の意思確認、介護者への周知が出来ていないと、救急搬送されるケースもある。独居でなくても、ほぼ独居状態の家庭もある。そのような過程を支援するのは独居と同じであり、決してレアケースでは無い。

▶私の経験では、全くの天涯孤独は少なく、終末期には子供や親せき、友人が関与してくれるので、看取りの時期には泊り込んだり、夜間に交代で来てくれたりすることが多く、何とかありました。とはいえ、独居者で自宅で最期を迎えたい人が増え続けており、もう少しサポートが得やすいシステムが必要であると思います。今回のこの研究には期待しておりますし、何かの示唆を得たいと思っております。私の地域では、おひとり様研究会で、このような問題を切実に感じている市民グループも活動しておりますし、それを支える地域の看護師のグループもあります。私自身も独居の在宅患者を何とか希望通り自宅で最期を迎えさせてあげたいと思いますが、不安もあります。一人のときに息を引き取り、第一発見者となるヘルパーさんが、怖がるといけませんので、今はそれでも大丈夫なヘルパーさんを派遣してもらおうようヘルパーステーションに依頼しています。この研

究に期待しております。

▶意思決定のプロセスは本当に悩めます。家族がいるケースも含めて、穏やかな在宅看取りを進めていけたらいいなと思います。医療処置の観点や非がんの患者さんを在宅医療における軽症者として扱いすぎると、このような看取りの支援を行うだけの体制づくりが困難となる医療機関側の現状があります。診療報酬はそういう意味でも適正にさせていただきたいと思うので、まれな高度で濃厚な医療だけでなく高頻度の加齢障害や認知症、独居でも支えることができる体制づくりへの活動、心より尊敬し、また微力ながら声を上げていきたいと思います。

▶本来、自宅よりこだわるべきは、「独りにしない（周りに人が居る）」「家の中（屋根がある）」事だと思っています。これが出来る事が重要だと思います。

次に、当事者に痛み（取りあえず肉体的＞精神的・社会的）がない状態であることです（魂的痛みは基準が困難のためにここでは記載せず）。その上で、次に自宅だと思っています。自宅に拘るあまり、痛みを我慢し人が集まれない状態での看取りは寂しく辛いと感じます。

▶何名かの独居者の自宅看取りを支えてきて独居者の自宅看取りは、本人の意思を支えていくことができれば良いので、意思決定支援はしやすいと感じています。しかし、本人の意思が揺れやすく対応に振り回されることもありました。そのため、本人の支えとなる在宅支援チームは、揺れる事もある本人の意思に寄り添い、最期まで支えて行く覚悟がより強く必要になると考えています。

また、それまで連絡しても来なかったり遠方であったり疎遠な家族が、臨終が近い時期にお見舞いに来られて状態が悪い本人だけを残して帰るに帰れなくなり、ご本人の意思や在宅支援チームの支えを無視して救急搬送してしまったケースもありました。この経験から、ご本人に相談したほうが良い人や連絡をしたほうが良い人がいるかを聞き、遠方の家族であってもご本人（できなければ在宅支援チーム）から連絡をして必ず今後の方針を共有する場を設ける、または在宅支援チームで支えていくことを説明してお任せしていただく旨の承諾を取るようにしています。この取り組みをしてからは家族による「ちゃぶ台返し」は経験しなくなりました。

▶周囲の住民や行政などの理解が必要。看取りのあとの、様々な手続きをだれがするのが大切だと思います。

▶①疾患が「がん」であると認知症を合併していても終末期であることが了解されやすく、事前の意思確認がしやすい。一方、非がんでは、予後予測が不安定となり、在宅療養期間も長くなりがちなため、「不治告知」をしているにもかかわらず、看取り体制に異論が入りやすい。倫理的な問題を解決して文書にして確認できるようにしておいた方がよい。成年後見人がいる場合でもトラブルを避けたがる担当者もおり、スタッフ間で意見の齟齬が起こりやすいと感じる。

②急性期病院の対応は、独居に関わらず退院させる疾病以外無関心なケースと、在宅は無理と判断して、在宅チームに相談もなく施設に入居させるケースが散見される。病院の地域連携部門の理解を進める必要性を感じる。

▶①在宅主治医としては、「ご本人の意思・希望・価値観の確認」と、「在宅チーム内への周知」を1番重視したいと考えていますが、実際は本人の意思と異なる価値観のヒト（家族や専門職）の意見調整に労力を割かれています。大事な仕事と考えていますが、時間と労力を割かれるので、多くの独居高齢者には対応できないでいます。

②「ひとりで家で亡くなること」が、事故でも事件でもなく悲惨なことでもないという、世間の雰囲気重要と考えます。一方で、本人の意思の変化に迅速に臨機応変に対応できる病院との付き合いも課題と考えます。

▶独居高齢者の在宅看取りをする場合、一番必要な事は、ご本人がどこまで覚悟をもって「最期まで家で」と言っているかが重要だと思います。当地は小都市というより山間部の合併で市にはなっていますが、高齢化率は38%以上で今も毎月高齢化率が0.1%ずつ上昇しているような地区です。社会資源も都会や町中のようにあふれているわけではありませんが、結構みんな在宅で看取りのために一生懸命対処してくれています。

終末期には排泄と食事の問題が必ず出てきますが、特に自分で動くのが困難になった時の排泄の問題点をどう対処するか、定時に入る排泄介助では我慢できないようなら、なかなか最期まで家であることが困難になってきます。食事等はがんの終末期などはそれほど問題にならないと思うのですが、心不全や重症のCOPDの終末期などは癌よりもサービス量が十分満たせるかが問題になると思います。当地では、今のところ訪問看護と医療は何とか独居でも対応可能ですが、どう「希望するような生活」が支えられるかが一番問題になります。

▶独居の看取りの場合、看取った後の段取りまで考える必要が出てくるため、医療以外の職種との連携がより重要と思います。生活保護の場合さらに財産の処分などに手続きがあるので、事前の対応を要すると思います。

▶独居高齢者の看取りで思い出すケースでは、医療的な限界よりも、見守りの最低ケアの限界を感じる。毎朝、訪れるヘルパーの精神的ストレスが大きく、そのバックアップを必要とした。また、年末年始期間で手薄な時期には、ボランティア学生の泊まり込みを調整した。自宅に投入される看取りケアの担い手が、公的サービスでは著しく不足することを実感する。

▶独居でも看取りは可能であるが、その場合在宅チームがきちんと関わらなければならない。連絡はICTを使い（栃木県はどこでも連絡帳）、情報共有をもれなく迅速に行う必要がある。

下手にうるさい(?)・理解してくれない近隣・遠方の親戚などいない方が上手く行く場合もある。最期を迎えた後は火葬やお葬式をどうするかなどの問題もあり、社協との連携も欠かせない。

易しくは無いが、現実には可能。ただし生保の独居の看取りは（彼らが最期は入院を希望する、家族や家庭に執着が無いなどの理由で）極めて困難。私も対象者が生保の場合は、絶対に最期まで担当できるとは思っていません。

▶独居の在宅の調査の重要性は、しっかりと認識しています。もちろん先生の活動に心から敬服しています。

《小都市・看護師》

▶マンパワーが必要になることがほとんどなので、夜間など駆けつける事ができる人やサービスがないと難しい。訪問看護だけではカバーできない。事例がないのでイメージがつきにくい。

▶最期は子供たちの自宅や子供たちが引っ越ししてくるといふ事例が多くありました。

▶当ステーションでは、今までのケースでは独居の高齢者（認知症状がある方も含め）が自宅での看取りを希望された方は全て在宅で最期を迎えることが出来ております。

ご本人が望んでも、反対する家族がいることのほうが独居生活の方より在宅での看取りは難しいと思います。

▶本人が自宅での看取りを望むのなら、とりあえずは体制を作る。状態変化時に再度確認し、本人の希望を聞く（入院や施設入所の希望）。このまま在宅の希望があれば最期一週間くらいは朝晩毎

日訪問し、状態観察する。本人の苦痛を緩和していくことが必須である。

▶「何かあったら」という検討をすることで独居看取りを暗にできなくしてしまうことがある。看取りという事は「何かある」こと。それでも最期を自宅で迎えたいという本人の意思をかなえるということに（ある程度）こだわりをもって、目の前の人の生き様に誠意をもって対応すること。

チームの中の一人一人の不安があることは互いに理解しつつ、「一人の最期」を支えるチームづくりが必要。

▶独居であっても、同居者がいても自宅で最期を迎えたい気持ちがあるのであれば、各職種と連携すれば可能であると思う。住み慣れた家にいたいと思っている場合がほとんどである。その思いをかなえるために最大限できる事をしていきたいと思う。

▶独居でも家族がいるといないでは、看取りの困難さは違ってくる。区別して考える方がよいのかと思いますが。いずれにしても独居の場合、終末期は訪問サービスの回数が増えるので限度額オーバーも仕方ない。金銭的な余裕は必要。見守りシステムとしてテレビ電話のような機能の活用もこれからは必要。

▶本人の意思が強く、本人が強く希望し、サポート体制が整っていれば可能（ただ、最期の時は誰かが傍にいてあげられるよう協力できる関係でありたい）。

▶①ご本人の強い意志があれば、ほとんど自宅看取りは可能である。

但し、連携をする医師・看護師・ケアマネジャー三者が同一意見であれば、他職種をまきこみ、協力体制を構築できると考える。そこで重要なのはケアマネジャーの調整能力であると考えている。

②病院・施設及び一部の医師がまだ独居の自宅看取りに対する理解が出来ていない。

③住民の意識が低い。

《小都市・その他医療職》

▶学生の実習を指導していて思うことですが、病棟では、一人暮らしの高齢者が入院してきたら、もう一人暮らしは無理だと決めつけています。学生と一緒に丁寧に関わって、その人の物語に添いながらケアすることで、これまで話をしたことにならないようなその人の人生を知ることができ、その人が家に帰りたい、戻らなければならない理由もあることに気づきます。家でも大丈夫だよということをコツコツと指導者さんに伝えていますが、

なにしろ、私は学校からの教員、つまり部外者なので、ぐいぐいと言えないところが辛いです。

高齢者の在宅看取りは、入院にならないようにすることが大事だと思います。

たとえば、80歳になったら、かかりつけ医をもつこと、そして介護保険で要支援になったとしても必ず予防訪問看護と緊急時特別加算をつけることで、救急車での病院入院を回避することができます。自然の経過のなかで、尊厳を持って、人生を全うしていただくために、独居であっても一人ぼっちにしないで穏やかに生きることができるよう、地域緩和ケアをすすめてゆく必要があると思います。

▶私は、医師ではないので本質は分かっています。そのうえで…

独居と孤独は全く違うと考えます。孤独高齢者はセーフティネットが必要と思うが、独居高齢者の看取りはありだと考える。私が独居高齢者を看取るケースはわずかであるが、ケアマネジャーの時、独居高齢者、レビー小体型認知症で、生保で高次脳機能障害の方を看取ったが、医療拒否と行政嫌い、人を家に上げたくない、人と関わりたくない人だった。

私が関わる人は、自由奔放に生きている人が多く、それはとても楽しそうである。独居は、独居の理由があり、覚悟して独居を選んでいる人は多い。また、比較的自宅看取りは可能である。遠くの親戚やいきなり遺産相続などで現れる親族がいる人より、よっぽど他人が遠くで見守り安らかに逝ける人を支援してきた気がする。高齢者の「誰にも迷惑をかけず、ぽっくり逝きたい」と思う人であれば、孤独ではなく、独居高齢者の看取りは孤独死とは言わず、独居死であり、ある意味最期まで自立した幸せなことかもしれません。周囲が過干渉になればなるほど、逝きにくい世の中ができてしまわないか、とても心配です。

《小都市・ケアマネ》

▶①独居高齢者の看取りの定義はあるのか。本人が自宅で亡くなりたいたいの意思表示をして、訪問診療医（かかりつけ医）がいれば、他援助者が訪問した際に息絶えていた場合、看取ったと言っていいのか。本人は納得していると思うので、私個人はよいと思っているが…。

②私個人は独居の看取りについて条件が付くが可能だと思う。しかし、問題は利用者本人よりも利用者に関わってきた病院や看取りに慣れていない在宅側の援助者の理解の問題だと思う。ましてや

地域住民の理解は成功体験がないと拒絶感があると感じている。

▶「独居であるとかそうでないとか」、あるいは「がんであるとか非がんであるとか」よりも、それぞれが満足度の高い逝き方が実現できる地域作りが大切である。

《小都市・介護福祉士／ヘルパー》

▶看取りのケースが少なく経験したことがないヘルパーが多い。ヘルパーの数も減っているのでケースの依頼が来ても断ることが増えていくと思う。

《小都市・行政》

▶10年以上前、ひとり暮らしの看取りの支援を行った事例がありますが、本人の強い意思があり、第一発見者であったヘルパーの対応が適切であったと思います。

第一発見者となる可能性がある人が地域住民や友人であれば、その方々との発見時の対応（どこに連絡をするか？）について共有しておく必要があると思います。

私自身も独居高齢者となる可能性が高いので、最期の時は、出来る限り自宅で大切な人、もの、この関係性の中で、心穏やかに過ごし、その延長線上で逝くことを希望します。

また、無駄な検視・剖検は避けるべきだと思います。

可能な条件はアンケートの通りですが、障壁となっていることの半分は市民や住民の意識？固定観念も大きいと感じています。

「医療への過度な期待」「在宅医療・介護の不足」「周囲の目」「他力本願（自分で考えない）等」もあると思います。

《山間部 / 僻地・医師》

▶奄美大島という離島、人口1500人の村に住み、勤務しています。年間10～15名の在宅および施設看取りがあります。独居高齢者は認知症や疾患など問題があると、内地などの子どもさん方に連れられることが多いです。

《山間部 / 僻地・看護師》

▶マンパワーが必要になることがほとんどなので、夜間など駆けつける事ができる人やサービスがないと難しい。訪問看護だけではカバーできない。事例がないのでイメージがつきにくい。

4. 自信をもって支え続けるために ～ケアマネジャーの立場から～

ELC 東京 青い鳥 相田里香



自信をもって支え続けるために
～ ケアマネジャーの立場から ～

ELC東京 青い鳥 相田里香

困難を抱えた人がひとりになるきっかけ

相談に行く力もなく、行先が
わからず不安や問題を抱える

制度の間



↓
地域や社会とのつながりが薄い

↓
興味・関心をもって関わろう
とする人はいても理解者不在
→ 孤立

ケアマネジャーは相談を受けて・・・

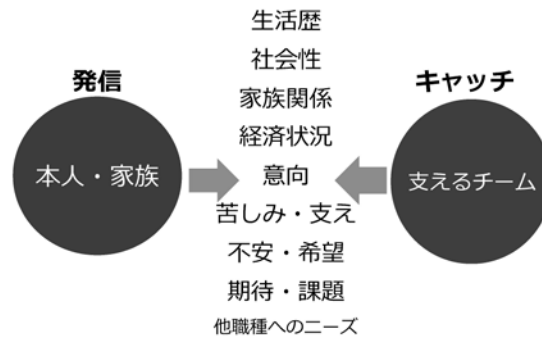
場を取り持つ・関係をつなぐ・難しい
話をわかりやすく伝えるという役割を
担う



発生時の状況・時間の経過・
状況の変化等

↓
思考・感情・行動・希望・
価値観・環境・状況などの変化を
主治医他チームに報告

生活を支えるケアマネジャーに求められている情報



生活の中にたくさんの小さな喜びや楽しみ、笑顔を増やすには

【事例】Aさん 104歳 男性 独居

100歳を超えても学校や地域の講演などの場で自身の人生を語る場をもつ。100歳の誕生日にパソコンを希望され購入、故日野原先生にメールを送ることを目標に電車で乗って教室へ通う。102歳の時に高齢者住宅の建て替えのため、区内でも全く環境の異なる場所へと転居を経験。環境の変化による生活の混乱や本人の不安を懸念し、同地区への転居をと願う支援者の思いを余所に、「この歳になって新しい世界が広がることを楽しみにしている」という本人の本音を知りチームでその有する力をどう伸ばすかを検討。1本の杖から歩ける距離が広がり、人との関わりの中で自分の存在を見出し「人の役に立つ」ということを原動力に活動的な生活を挑み続けている

- かかりつけ医 → かかりつけ医連携から暮らしを支える地域を含むチーム全体をサポート
- 福祉用具 → 自分の力を発揮できる環境づくり (特殊寝台・設置型手すり)
- 看護師 → 超高齢な本人と高齢となった家族、CM、多職種との情報連携
- 訪問介護 → 変わりゆく本人の意向や生活の様子・状態を定期的にCMへ報告
- ケアマネ → 本人だけでなく、近くにいる家族、遠くにいる家族の大切な思い・チームの声その時々への願いや希望・意向を聴きよりチームへとつなぐが「形」にならないジレンマ

心地よい環境で
自分らしい暮らしの
実現

→ リスクより本人の叶えたい生活の実現から
高い生活意欲と健康への意識、活動的な
生活が継続

直接的援助に携わらないケアマネの寂しさ

ケアマネの役割：①聴く②つなぐ③変化への準備
④各種サービスや環境の調整

ケアマネの目標：本人・家族・チームが出来る限り
ストレスなく心地よく力を発揮できる環境を整える
ケアマネの不得意なこと：援助を形にする・言葉で伝える

↓
医療をはじめ他職種との連携が解決の糸口と知りながら

↓
自らの支えを失い誰にも相談できずに
チームから離脱し孤立することがある

↓
ケアマネジャーに何が求められているのか

アンケート調査

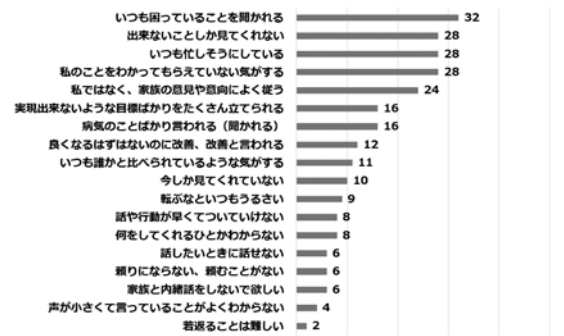
(2016.6.18-19 日本ケアマネジメント学会北九州大会での発表の抜粋)

対象：居宅介護支援を受けている、
受けていたことがある利用者・家族50名

- ① 私が望む生活
- ② ケアマネジャーに理解して欲しいこと
- ③ 私の生活の中にある幸せ、あったら良いなと思う楽しみ
- ④ ケアマネジャーに感じる困りごと
- ⑤ ケアマネジャーに望むこと

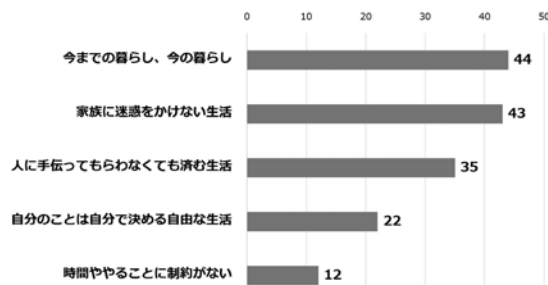
アンケート調査結果

④ ケアマネジャーに感じる困りごと (回答数 254)



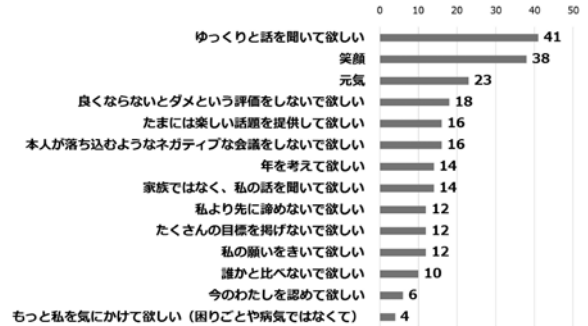
アンケート調査結果

① 私が望む生活 (回答数 156)



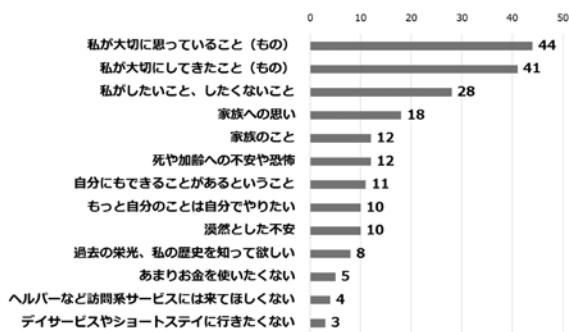
アンケート調査結果

⑤ ケアマネジャーに望むこと (回答数 236)



アンケート調査結果

② ケアマネジャーに理解してほしいこと (回答数 206)



インタビュー調査

対象：現役ケアマネジャー50名

(認定ケアマネジャー20名、主任ケアマネジャー20名、ケアマネジャー10名)

- ① 自信をもって関わりがもてないときとその理由
- ② 自分の特徴として、生活の中のどの様な部分を課題と捉える傾向があるか
- ③ 利用者の苦しみとは何か
- ④ 利用者の幸せとは何か
- ⑤ 自立支援とは何が出来ることなのか
- ⑥ 自立支援が難しいと考える利用者の状態・状況

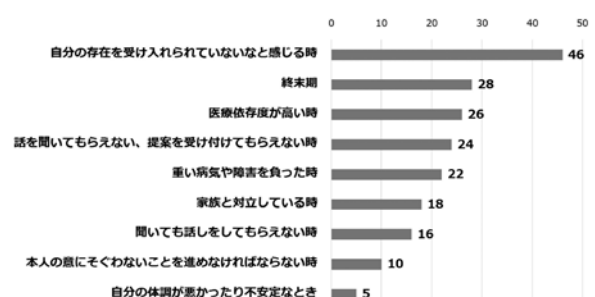
アンケート調査結果

③ 私の生活の中にある幸せ、あったら良いなと思う楽しみ (回答数 182)



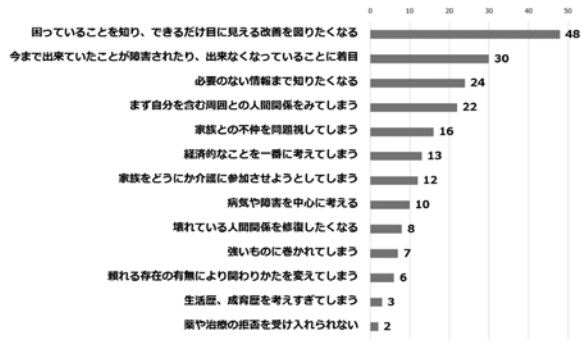
インタビュー調査結果

① 自信をもって関わりがもてないときとその理由 (回答数 195)



インタビュー調査結果

② 自分の特徴として、生活の中のどの様な部分を課題と捉える傾向があるか (回答数 201)



インタビュー調査結果

③ 利用者の苦しみとは何か (回答数 174)



インタビュー調査結果

④ 利用者の幸せとは何か (回答数 184)



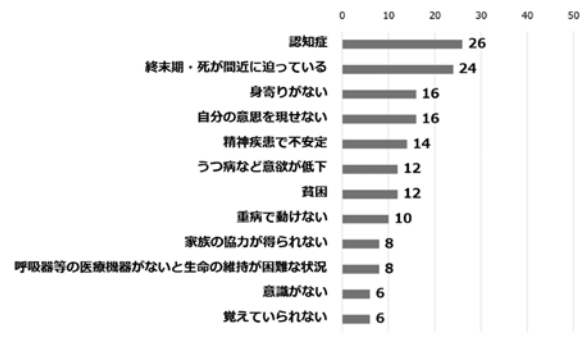
インタビュー調査結果

⑤ 自立支援とは何が出来ることなのか (回答数 137)

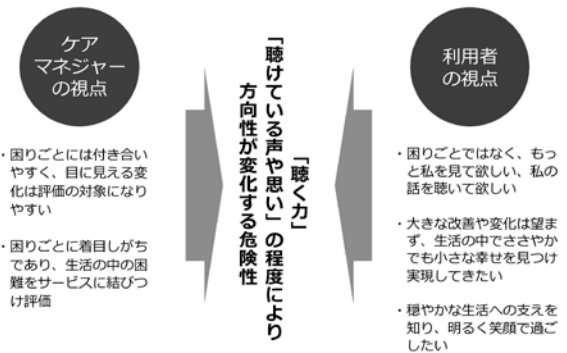


インタビュー調査結果

⑥ 自立支援が難しいと考える利用者の状態・状況 (回答数157)



見えてきたこと



本人・家族にとってより良い支援・最期とは



チームメンバー同士にも大切なキーワード

- * 苦しみとは、希望と現実の開き
- * 苦しんでいる人は、その苦しみをわかってくれる人がいると嬉しい
- * 自分の援助を言葉に出来るとき、援助者は自信をもって関わることができる
- * こころの中に常に「療心尊き保て役割ゆだねようかな」

5. クロージングミーティング 基調講演

上田市い内科クリニック 院長 井 益雄

独居でも穏やかな看取りができるまちづくり ～唯一の解決策とは～ 認定NPO法人「新田の風」の挑戦

現在の医療・福祉の問題点

私が上田市新田自治会地区で在宅医療を始めたのは2011年の東日本大震災が起きた年で、今年7年目になります。

超高齢化社会を乗り切るためには、医療制度・福祉制度だけで何とかしようと思ってもできない。これは私が病院勤務時代に思い知らされたことです。何とかしたいと思う一方、日本はもう手遅れだ、どうにもならないと白旗をあげていました。ところが新田に住み、いろいろな人と活動するうち、地域住民という存在を覚えていなかったことに気づきました。

上田市新田自治会は二番目に大きな自治会で、人口は約4000人。そのうち65歳以上の人口は1056人、高齢化率は26.6%です。これは4年前のデータですので、現在は28%ぐらいになっています。最も注目すべきは65歳以上の単身世帯が561人（男性263人、女性288人）、65歳以上の単身世帯率が53.1%だということ。日本全国では、2040年に40%が独居になると推測されていますが、新田では、すでに65歳以上の半分以上が独居です。

今後ますます独居や高齢二人世帯が多くなっていく現状で、要介護者になる方々は後を絶たないでしょう。ところが日本の高齢者対策は、要介護状態になってから動き出す仕組みです。崖から転がり落ちていない段階では、ほったらかし。これ

では、人材とお金をかけて後追いケアをしているだけといわざるを得ません。

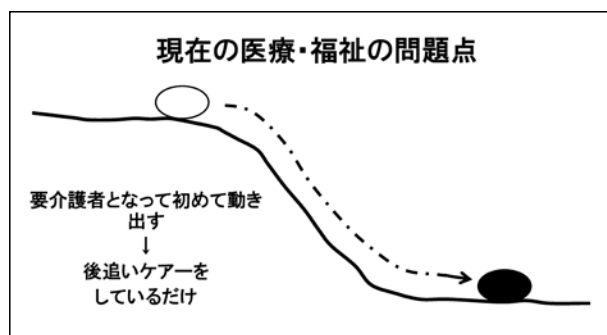
経済面、マンパワーを含め、すべてにおいて高齢化問題を医療・福祉だけで何とかしようということ自体、到底無理な話です。

国は在宅医療を推進していますが、なぜ進まないのか。在宅訪問医がいないという一因だけでなく、介護者がいないことが大きな原因です。独居の方の場合、誰が介護するのか、あるいは老老世帯においては誰が介護者になるのか。

たとえ医療・福祉が頑張ろうが、ともに介護する人がいなければ成立しない。どんなに在宅医を増やしても、どんなに介護保険制度を充実させても解決策にはなりません。たとえば、私がどんなに頑張ろうが介護者の肩代わりはできません。往診します、在宅医療をしますといっても、恐らく殆どの人は助けられないのではないのか。この課題に手を付けずに、在宅医療が良いとはいえないのではないのか。そんな良心の呵責がありました。

次の写真は、私が住民の人に話すときに見せる写真です。これが私の原点です。

病院や施設に入って家に帰ることのできない人は、目が覚めてから寝るまでの殆どの時間を、この光景で過ごして死んでいくんです。本人が「家に帰りたい」と涙ながらに訴えても帰せない。帰りたいという人は、家で死にたいのではなく、家で暮らしたいのですが、どうにもなりません。結局、病院や施設を転々として亡くなって、やっと我が家に帰ることができる。これが現実です。



NPO「新田の風」がめざす3つのイメージ

そうした中で誕生したのが住民を巻き込んだ活動です。次の3つのイメージがあります。

①入口戦略／住民の身近な存在から重症化を防ぐ

崖から転がり落ちる前に関与する。つまり、要介護状態になる前、あるいは要支援の段階の方々に対して「目くばり、心くばり」をすることで重症化を未然に防ぐことです。

たとえば、虚弱でやっと自立している独居高齢者が膀胱炎になったとします。膀胱炎の初期なら1日1回3日分の薬で治ります。ところが、病院までの足がないとか、我慢し続けると手遅れになり、救急車で搬送、入院となります。1週間の点滴で膀胱炎が治ったとしても、もう歩けないとか、食べられない、となってしまう人がいます。

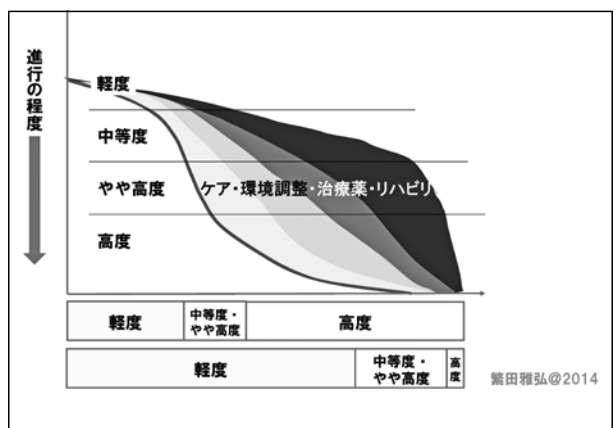
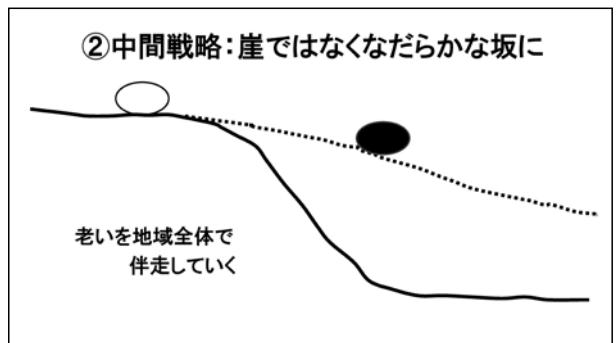
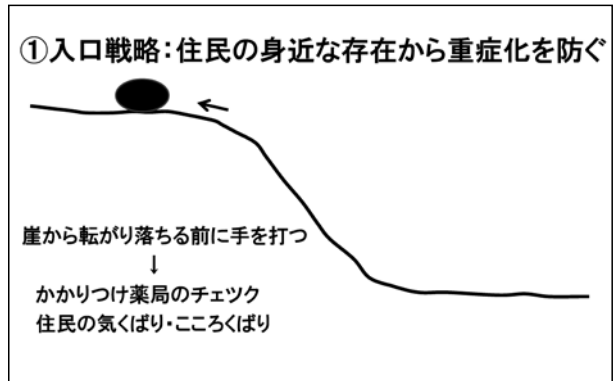
また、ペースメーカーを埋め込んで1週間入院した結果、歩けなくなり、食べられなくなったおじいちゃんがいました。おじいちゃんは大きな病院から別の病院に転院させられ、ずっと点滴です。最後に「もう点滴が入らないから家に帰りなさいと言われた」といって、自宅に帰ってきて亡くなりました。冬の寒い日、マイナス10度の中、夜中に往診に行つて最初に思ったことは、「これでも医療か」ということ。

もう一つショックだったのはペースメーカーの問題です。ペースメーカーを入れたまま火葬すると、釜が爆発して壊れるので取り出さないといけない。夜中の3時、メスやハサミを取りにクリニックに戻り、かじかむ手でペースメーカーを引っ張り出して、ペンチで切って病院に送り返しました。ペースメーカーは1個200万円です。こんなことをして果たしてどうなのか。いろいろな意味でショックを受けました。

とにかく崖から転がり落ちる前に手を打つ。そのために上田市の薬剤師会と一緒に活動しています。薬剤師さんのチェック、あるいは住民の心配りで「ちょっとおかしい」「我慢しないで、かかりつけの先生に行きなさい」「認知症の可能性があるので、医療・福祉に早めにつないだほうがよい」など、介護保険制度の適用も何もありませんが、崖から落ちる前に早めの手立てを行います。

②中間戦略／崖ではなく、なだらかな坂に

どんなに丈夫な方でも、加齢とともに老化は進んでいきます。認知症の方も進行していきます。



しかし、崖から転がり落ちていくような急激な進行ではなく、なだらかな坂のような進行にできないかという取組みです。

首都大学東京の繁田雅弘先生が上田に認知症の講演に来られたときにいただいたスライドでわかるように、認知症の場合、放っておくと軽度認知症から急激に悪くなります。軽度の時期が短く、高度認知症の時期が長くなって亡くなります。

ところが早期介入し、早期治療あるいは地域住民の支えや、医療・福祉の専門家の手助けがあれば、進行の先延ばしを図ることができます。軽度認知症の時期が長く、高度の時期が短くなる。このような亡くなり方は、がんで亡くなる場合と同じではないかと思えます。

老衰も同様、特に一人暮らしの人をほったらかしにすると、どんどん悪くなります。ですから住

民同士の交流を増やし、老いを地域全体で伴走していくという発想のもと、共に支え合う地域づくりをめざす必要があるのです。

③出口戦略／終末期を住民の手に

たとえ介護者がいない方でも、ご本人が望めば最期まで在宅で支える。できれば在宅で看取ります。そのためには元気なうちに「いのちの選択」という事前指示書を書いておくべきです。どんなに頑張っても、やはり最期は来ます。これについては後述しますが、病院や人任せにせず、看取りを含め自分たちの将来は、自分たちで決めようという活動です。

元気なうちは社会参加し、しっかり仲間づくりをする。核家族化が進むなど、特に都会では絆を作ることが難しい時代です。私が住んでいる新田自治会でも、1年のうち隣近所の人と顔を合わせるのは、年3回の河川清掃のときだけです。しかも「おはようございます」「ご苦労さまでした」で、ほぼ終わり。交流とはいえません。何かイベントがあっても、その瞬間だけで別れてしまいますから、何とか仲間づくりのための仕かけをしようと、一生懸命に取り組んでいます。

仲間の一人が要介護者になったときは、自宅と施設で支える。支える輪をつくり、介護者がいない人でも支えることがポイントです。どうしてそういうことができるかは後で述べますが、やがて自分の番が来て介護が必要になれば、仲間の人に頼む。順番に必要なに応じて支援される関係づくりが大事です。

私の家族は、妻と子ども3人でしたが、今は私と妻と犬2匹です。私がだんだん年を取り何とかしてくれという状態になったとき、今は妻に頼もうと思っていますが、妻も年を取っていきます。もしかしたら先に認知症になるかもしれません。長寿になればなるほど、将来は老老介護になる可能性が高いわけです。

ですから今から何とかしなければならぬ。私は、住民の方々には「皆で取組んでいます、これはボランティアではありません。世のため、人のためでもなく、自分のためです。私も含め、自分の将来の準備をしましょう。今からなら、まだ間に合う」と言っています。

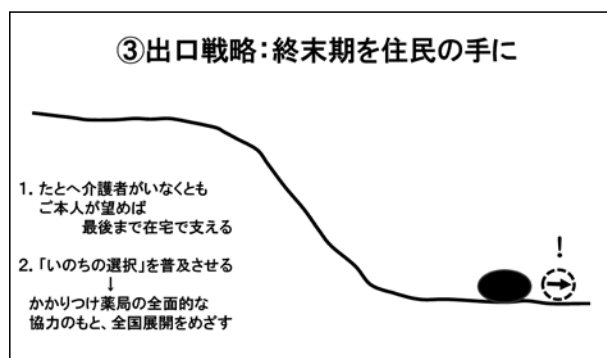
また、施設の自宅化も大切です。在宅の方は、ショートステイなどで施設に泊まることを嫌がり、やはり家が一番いい、施設に行きたくない、仕方がないから行くという人が多いです。それならば、施設を自宅のような雰囲気になればいいのではないかと、という考え方です。

それと自宅の施設化です。たとえば独居老人で、寝たきりで、介護者がいない。その場合は、本人を支えるチームが自宅に出向けばいいのではないかと。施設で受けるサービスと同じことを自宅で行おうという点がポイントです。

下の写真は『新田の家』という小規模多機能で、開設して6年目です。私は認定NPO法人「新田の風」の理事長で、副理事長は宮島渡さんです。人口4000人の新田には、老人施設がありませんでしたので、住民の悲願でもありました。とんでもない悪徳業者が入ってくるよりも、自分たちが一番ほしいものを作ろうということで着手しました。

小規模多機能は、これから大きな武器になると私は思います。言い換えれば在宅支援の施設といえます。入りっぱなしではなく、しかも利用費が安い。要介護5ですと2万8800円、泊まれば3000円プラスになります。自宅と小規模多機能を行ったり来たりすれば、在宅支援になる上、経済的にも何とかできるのではないかと思います。

ここは新しい建物で、木づくりの家庭的な雰囲気



気です。売りの一つは、食事がおいしいこと。この世話をしているおばちゃんたちは、普通の主婦です。この人たちが腕をふるい、旬の食材を使った手作りの食事を出します。

私の患者さんが日曜日に泊まったとき、たまたま泊まりは一人でした。そのとき「〇〇さん、今日は何が食べたい？」と言ってくれた。おじいちゃんが「今日はカレーかな」と答えたら、カレーを作ってくれたそうです。アットホームです。

現在、5人が小規模多機能でお世話になっていますけれど、食事がおいしいと好評です。また、お風呂がいい。要介護老人にとって一番の楽しみは「食べること」です。それから「お風呂に入ること」でしょう。がん末期の場合でも、「点滴よりも口から食べることが大事で、食べられなくなったら、そろそろですよ」とか、「お風呂は、亡くなるその日まで入っていいですよ」と私は話しています。介護している方から「こんな状態でお風呂に入れてもいいですか？」と電話がかかってくることも多いのですが、「どうぞ入れてください。何かあったら飛んで行くから」と答えています。結果として、入浴してきれいになった日に亡くなって良かった、となるケースも少なくありません。

市民と一緒にめざす「2本の柱」

2本の柱の一つは、「たとえ介護者がいない方でも、ご本人が望めば最期まで自宅で支える」ことです。絶対に入院しない、施設も嫌だ、自宅で死にたいと、本人が意思表示できることがポイントです。一番困るのは、どうしていいかわからないという場合で、「じゃあ無理だからどこかの施設に入れましょう」となってしまう。

もう一つの柱は、「最終ゴールは安らかな看取り」です。この2つを柱にして活動しています。

当たり前かもしれませんが、本人が家で亡くなりたいのであれば、医療も福祉も住民も一緒に、この2本の柱をめざすことが大事で、この共通認識がないと最期は不安になり、家族ないしは施設の人が救急車を呼んでしまうことになります。

私は、新田の家を利用されている4人を看取りました。2人はお風呂に入って昼ご飯を食べて、お昼寝しているときに、そのまま亡くなりました。新田の家から私に「救急車を呼んだほうがいいですか」と電話があったとき、「呼んじゃ駄目、私

が行きます」と飛んで行きました。なんといい死に方だと、家族も支援した人たちも喜ばれました。

医者はどこに出番があるか、ということです。医者ができることは、「最後は私が引き受けます」と、最後の砦になることです。そうすれば家族も福祉の方々も安心して看取りができます。在宅医の一番の出番は、電話がかかったら間髪入れずに飛んで行くということではないかと思えます。

「新田の風」の3点セット

①「いのちの選択」カード／事前指示書

「いのちの選択」と名づけた事前指示書で、お薬手帳に挟める大きさのカードです。

「病名・病状の告知について」「余命の告知について」「終末期の医療について」「終末期での、望む生命維持処置」「最期の時はどこで迎えたいか」という項目に対する回答が記載されているので、どれかを選んでチェックを書き込むだけの簡単なものです。

個人の思いや意思を明確に記録するためのエンディングノートとして独自に作成したもので、上田薬剤師会の協力のもと、上田市内の保険薬局を中心に配布を開始。平成27年には改訂版として第2版を作成し現在に至ります。

患者さんが急変したとき、入院すれば在宅に戻れる場合は救急車を呼びます。救急隊は、ご家族に「健康保険証とお薬手帳を用意してください」と言いますから、お薬手帳に「いのちの選択」を挟めばいい。たんすの中など大事にしまい込んで役に立たないけれど、お薬手帳と一緒に持ち歩けば、救急車に乗るときとか、入院したときに役立ちます。超高齢でも、がんのターミナルでも、延命を望まないことなどが書いてあれば、主治医はそれなりに考え対応できます。

最期を迎えたとき、余計な延命はしないほうが、ご本人もご家族も尊厳を保てると思います。現実には不可能です。救急車で病院に搬送された場合は、必死に延命処置を行います。昭和時代、私が医者になったときは、今



日のような高齢化は進んでいませんでしたが、平成時代は超高齢者が激増しました。救急車で運ばれて来て回復が見込めない人、亡くなったあと引き取り手がいない人なども多く、これは全国的な問題だと思います。

やはり本人がしっかりしているときに、意思表示をしておくことが大事です。「いのちの選択」は、まだまだ市民権を得ていませんが、病院の先生たちに周知してもらえるようにしていきたいと思います。ただし、まだ改良の余地があります。

実は、ある診療所で困った例がありました。独居の方で、自分の患者さんではない方が来院しました。心筋梗塞だったので救急車を呼んで、病院に行ってもらおうと思ったところ、いくら連絡しても家族が出ない。家族に連絡の取りようがないまま、仕方なしに送り出すという、そうした例が増えてきています。

「いのちの選択」には、自分の意思表示に対する「ご家族の同意欄」があり、名前を書いていたくようになっていますが、それよりも緊急連絡先のほうが必要だと思います。優先順位で電話番号を入れるようにしたほうがいい。一人暮らしの方が救急車で搬送された場合、県外の家族でも連絡がつけば後で来てもらえるでしょう。皆様方と一緒に、もっといいものを作り出せればと思います。ご希望があればデータをメールで送りますから、改良して各自で作ってください。

②「人生のしまい方」／エンディングノート

市販のエンディングノートを参考に、自分で作りました。A4判で分厚いので、小さなバッグには入らない。送ってほしいと言われても郵送代のほうが高い。やはり表紙は改良しようということになりましたが、一人暮らしの方を想定して作ってあります。改良の余地はあるものの、このエンディングノートを見れば、体が弱ってきたとき、あるいは亡くなったときも、その方の希望に沿った支援ができます。

一人暮らしのおじいちゃん、おばあちゃんは、エンディングノートと言ってもピンとこないし、たくさん設問について文章を書かせること自体、無理です。そこで葬式は要る、要らないとか、葬儀に誰を呼ぶ、呼ばないなど、各設問についてチェック印を入れるだけにしました。後ろには大事な書類や写真などを入れておくこともできます。

③「思いをつなぐ手帳」／その人らしさを記録

認知症になった人が病院や施設に入った場合、

人間扱いされないケースがあります。実際、中等度の認知症のおじいちゃんが入院したとき、翌日に即刻、追い出されました。挿入したバルンカテーテルを引きちぎって暴れたからです。他の患者さんの迷惑になるから出て行ってくれと、強制的に退院させられました。

そこで、その人の思いを募る手帳を考案しました。私は、こういう人間でしたという記録を残すわけです。もしも認知症で意思の疎通ができなくなっても、たとえば阪神タイガースの大ファンだったと手帳に書いてあれば、六甲おろしを歌ったら喜ぶかもしれないし泣き出すかもしれない。実際、認知症の人は、一番興味のあることを思い浮かべると、目が輝きます。認知症のAさんBさんではなく、出生地や性格、趣味などがわかることによって、スタッフ全員が尊厳をもって接することができます。

この3点セットは、実は我々のNPOにとって一番重要な活動です。イザというときに困らないために準備しておくことが大切です。独居の方で介護者がいなくても、本人の意思に沿ったケアが可能です。意思表示ができなくなる前に、早めに準備しておくこと。もちろん考えが変わったら書き直せばいいのです。これが本人の尊厳を守る上で非常に重要な情報になると思います。

3年前の医師会雑誌によると、長野市民病院の救急センターでは、年間90例の心肺停止の人が救急搬送されて来ます。そのうち85歳以上の高齢者は、40～50パーセント。85歳以上で心肺停止でしたら、まさにピンピンコロリです。ところが、日本で何が起きているかということ、ピンピンコロリで救急車を呼んだ場合でも、救命処置が行われます。

また、今年の1月の新聞には、がん末期の本人、家族、主治医とで「もしも急変したら蘇生しない」という共通認識を持ち、そのことを明記した書類を作って準備しておいても、救急車を呼んだらどうなったか、というアンケート調査の結果が掲載されていました。救急搬送された人は、すべて蘇生されていました。

一方、呼吸器を付けた人の場合、ご家族の同意があれば呼吸器を外していいとか、誤嚥性肺炎でもう治らないのであれば治療しなくていいとガイドラインに記載されるようになっていきます。少しずつ世の中が変わってきていると思います。そうした中で、やはり重要なのは、本人がしっかりし

ているときに何を望んでいたか、ちゃんと把握しておくことです。最期はどうしてほしいのか、本人に聞きたいけれど話せない状態だと、本人はもちろん、治療する側も頭を抱えてしまいます。

また、がん末期とか老衰末期の人が救急車で来てベッドを占領したら、心筋梗塞、交通事故による多臓器障害といった人たちを入院させられない。救急現場は破たん寸前だという報道もありましたが、ますます高齢化が進み、救急現場は厳しい状況になるでしょう。

だからこそ、住民一人ひとりが人生という限られた時間の中でより良く生きるために、いざというときに手遅れにならないように準備をし、専門家と住民とが対話を積み重ね、つながりを築く必要があるのです。

地域で支え合うまちづくりの実現へ

私たちのNPOは総勢34名です。地域で支え合うまちづくりを実現するため、「認知症を支える事業チーム」「住民・北小学校児童との交流事業チーム」「小規模多機能型居宅介護施設支援事業チーム」「エンディングノート作成および普及事業チーム」「ふれあいサロン「風」事業チーム」「よろず相談所および支援対策事業チーム」「寄付金募集事業チーム」「広報および事業計画作成チーム」を作り、住民と共に活動を続けています。

それぞれのチームで事業を完成させようというよりも、わいわいがやがやと活動し、仲間づくりをしています。一人でも多くの仲間を募るため、いろいろなサロンを作り、来られない人がいれば出張サロンを開きます。男性の場合、なかなか参加しない傾向がありますので、夜はお酒を出してほろ酔いサロンを開きます。

サロンの成功事例をしっかりと作り上げ、他の自治会で応用してくださるのであれば手伝いたいと考えています。「新田の風」という名称には、この風がどんどん全国で吹いてくれるようになればいいなあという思いが詰まっているのです。

昨年10月、青木新門さんの講演会を行いました。青木さんが書かれた「納棺夫日記」は、その後「おくりびと」という映画になり、第32回日本アカデミー賞最優秀作品賞、世界最高峰といわれる映画の祭典、第81回米アカデミー賞外国語映画賞を受賞しました。人と人とのつながり、家族のつながり、死者と生者のつながりが、いかに

大切かというメッセージがこもった作品です。

当日は雨で参加者がとても少なく、私は「申し訳ありませんでした。私たちの力不足で、こんなにいいお話なのに、これだけの人しか来なくて…」とお詫びしました。すると青木さんは「それでいいんです」と一言。そして「インドでは2000万人ぐらいが死んでいます、マザーテレサが触れ合うのは年間60人とか100人ぐらいでしょう。それでも、あれだけ大きな影響を与えます。すべてを何とかしようなんて、おこがましいこと。一部分を照らす光のような精神で進めば、必ず多くの人を照らす光になります」と言われました。その言葉は救いであり、励みになりました。

「支え支えられ」を実現する仕組みの一番のポイントは「仲間づくり」です。住民同士がしっかり交流し、繰り返し仲間づくりをしておくこと。これが一番大切で、これさえできていれば何かななる。手助けが必要となれば、医療・介護の専門家（司令塔）が整理して、医療・福祉・住民による支援チームを作り、その人と、そのご家族を支えます。ケアマネさん、ヘルパーさん、薬剤師でも医師でもいい、誰か一人がキーパーソンとなり、その人が人を集めてきてチームを作ります。

多職種連携においては「顔の見える関係」が大事だとよくいいますが、顔が見えても力がなければどうしようもない。やはり顔が見えて力のわかる関係が必要です。そういう人がキーパーソンだと、さらに腕利きの人を連れてきますから、住民との活動がスムーズになります。たとえば、認知症で服薬管理ができない人がいたら、お薬係とか掃除係、洗濯係、ごみ出し係とか、たくさんの人とチームを組みます。一人で支えるわけではないので、一人ひとりが担う支援は案外楽です。

そして問題が生じたら、そのつど医療・介護の専門家を中心に支援チームの調整会議を開き、新たな支援体制を作ります。ただし現代の医学教育には、死生学や看取りが入っていないので、在宅医療に携わる開業医が少ないのが実状です。今、地域が求めている開業医は、何でも相談に乗ってくれる、適切に専門職につないでくれる、最終ゴールである「安らかな看取り」をしてくれる、ひと昔前の町医者です。

高齢になり、どんな状態になっても支える。特に独居のお年寄りの終末期を支えていくことは、医療・福祉の原点であり、ひいては地域全体で支える仕組みにつながると思います。

6. クロージングミーティング 話題提供

● 独居の看取りができる「まちづくり」のための私の提言

(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション／暮らしの保健室／マガーズ東京センター長 秋山正子

つながる・ささえる・つくりだす 個別ケアから地域づくりへ

全国に増え続ける「暮らしの保健室」

新宿地域看護業務連絡会は、2017年に50周年を迎えました。1967年に淀橋保健所にて、大久保病院、聖母病院、新宿赤十字病院、社会保険中央病院（4病院＋1保健所）の病産院の婦長と保健所保健婦が集まり「淀橋地域保健研究会」として出発したのが始まりです。当時、病院から地域に戻るときは、まず地域と病院とがどう連携するかという話から始まり、その取組みが綿々と続いてきたわけです。

私は35年目位からかかわっていますが、やはり先人の努力と脈々と続いてきた連携の歴史、そして先ほど井先生が連携においては「顔の見える関係」だけでなく、「力のわかる関係」がないと駄目だとおっしゃっていたように、多職種がどのような動きをしているのか、お互いにわかった上でつながるといふベースがあったことは、ありがたかったと思います。

1992年から訪問看護に携わる中、なかなか在宅の現場に浸透していかないので、2007年からは、「住民向けの在宅療養推進シンポジウム」を開催し、情報発信を始めました。

在宅医や訪問看護師などの専門職のほか、当事者として在宅介護を経験されたご家族に必ず登壇していただくのが特徴です。当初はNPO主催でしたが、その活動が評価され、2010年からは区の主催となりました。当時、こうした情報発信を

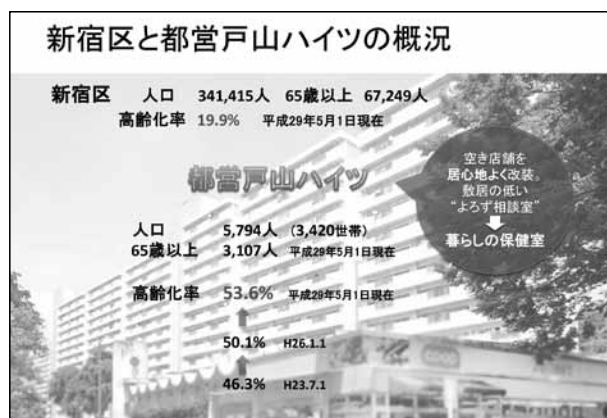
行う団体は少なかったのですが、それとは反対に情報を求める住民がいかに多いか、実感させられました。開催するたびに聴講者が増え、住民はもちろん、区内で働くケアマネや病院関係者なども大勢参加するようになりました。

2014年に「医療・介護総合確保推進法」が成立し、市町村の主体で「在宅医療・介護連携の推進事業」を実施しなければならなくなりました。以来、市民向けの啓発シンポジウムや講演会は「ねばならぬ、状態になったともいえますが、実際には市民向けの会を開催する団体や事業所は少ない一方、会に参加された市民の方々は水を吸うように熱心に聞いてくださっている、というのが実状です。

一方、訪問看護を実践する中で聞こえてきたのは、療養生活のちょっとした相談を誰にすればいいのかわからない、話し相手がいない（状態が悪化してからサービスにつながる）、健康や在宅医療・介護の相談をどこにすればいいのかわからないといった声でした。

次第にそうした困りごとを気軽に相談できる場所があれば…という思いが強くなったとき、団地の空き店舗を貸してくださる人が現れ、2011年7月に「暮らしの保健室」を立ち上げました。高齢化率50%を超え、都会の限界集落と呼ばれる団地の1階にオープンし7年目を迎えました。

新宿区内には大きな病院が多く、一般病院16、精神科病院1、300以上の診療所がありますが、暮らしと医療の間の部分をサポートする仕組みが必要だったので、敷居が低く住民の人たちが立ち寄りやすい「よろず相談室、というイメージにしました。「暮らしの保健室」を始めるにあたり募った地域のボランティアの多くは、これまで在宅医療・訪問看護を利用してご家族を看取った経験のある方々で、私たちから声をかけ手伝ってくださるようになりました。この方々は支えられる立場から支える立場へと変わったわけですが、地域づくりにおいて、こうしたつながりを大切するこ



6.

クロージングミーティング 話題提供

とが大事だと思います。

緩和ケア病棟は別にして、通常、亡くなったあとは病院とのつながりがほぼないのに対して、在宅だとつながりができます。グリーンケアからの発展といいますか、地域の中に在宅ケアを理解した人が増えるきっかけになるとよいのでは、と思っています。



進化・深化する「暮らしの保健室」

「暮らしの保健室」は、最初は生活や健康に関する相談窓口で、予約不要・相談無料にして看護師や薬剤師、カウンセラーが対応していました。やがて切れ目のない支援のために、専門職同士も顔を合わせられる場が必要ということで、ケース勉強会や相談事例に関する検討会などを行い、医療や介護、福祉の連携の場となりました。

さらに熱中症や脱水予防の講座、市民公開講座、専門職向けの勉強会を行うなど在宅医療や病気予防の学びの場でもあり、おしゃべりやお食事会を楽しみながら馴染みの顔と過ごす居場所でもあります。そして利用者だけでなく、地域ボランティ

医療と介護の連携のための「暮らしの保健室 ケース勉強会」月1回開催



アを育成する場でもあり、最近では大学生たちも活動に参加し、世代を超えてつながる交流の場にもなっています。

平成 23 年度、24 年度には、さらなる在宅医療推進のためと、厚労省の在宅医療連携拠点事業のモデルに選ばれたので、ケース勉強会に注力しました。月に 1 回の開催で、つい先日 77 回目を迎えました。多職種が顔を合わせ、具体的な事例、特に看取りの事例についてディスカッションをしています。

今では各地でさまざまな「暮らしの保健室」が開設され、全国で 50 力所ほど展開されています。「暮らしの保健室」は商標登録をしているわけではありませんので、ぜひ皆さまの地域で開設していただければと思います。まずは私どもの現場を見に来てくださることが条件で、実際たくさんの方が見学に訪れています。

進化し、深化する 暮らしの保健室



多職種連携のための5つの連携会議を開催

※看護職が地域のハブとなすすべている

④多職種連携のためのケース勉強会
月1回、「暮らしの保健室」に寄せられた相談から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例を取り上げ意見交換。
毎回30～40名が参加。



- 7月「相談事例から見える連携の課題」
- 8月「相談事例に見る地域ネットワークの姿」
- 9月「繰り返し相談の事例から見える問題」
- 10月「相談事例に見る地域ネットワークの姿2」
- 11月「急性期から在宅へのつながりの重要性」
- 12月「在宅移行支援におけるネットワークの作り方」
- 1月「身寄りのない独居高齢者の在宅を支えるには」
- 2月「障害を持ちながらがん患者への支援」
- 3月「回復期リハビリテーションへの効果的な連携」

⑤個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。
参加者○新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー 等

事例：Aさんの在宅療養

■ 84 歳、男性、独居、生活保護。

《状況》

胃がんの全摘出手術を受け、退院後、経腸栄養（経口と併用）にて在宅療養。術後の鬱傾向が心配され、独居でもあるので、J病院の退院調整の際に「暮らしの保健室」を紹介される。「暮らしの保健室」に来訪するようになり、食事を楽しむ会にも参加。経腸栄養をやめたいという希望があり、経口での食事を始めるが、経口が進みかけたところで、嘔吐が始まり経口摂取困難となり、低

栄養でJ病院に緊急入院。その後、転院予定。

《来歴および経過説明》

- ① 10歳 (S17) …熱海にゴルフ場ができ、そこでキャディーをやる。
- ② 14歳 (S20) …4月に志願兵(特攻部隊)となるが、8月15日終戦。終戦後、デザインの仕事で起業、経営に行き詰まり5000万円の不渡りを出し倒産。離婚。
- ③ 55歳 (S62) …交通事故にあう。両足切断を言われるが、右足は残す。杖をつきながら歩く。
- ④ 60歳前後…大腸がんで手術。肝転移で肝切除。その後、スーパーの店先で焼き鳥屋を経営。
- ⑤ 2016年…内縁の妻が亡くなる。
- ⑥ 8月…胃がんが見つかり、J病院入院。9月初め、胃の全摘出手術を受ける。
- ⑦ 10/4…J病院退院調整NSより「暮らしの保健室」NSに連絡あり。Aさんの退院後の相談。Aさんは、一年前に奥さんを亡くし一人暮らし。「退院後一人でいるのが寂しそうなので、暮らしの保健室を勧めたい」とのこと。「どうぞいらしてください」と申し上げる。食事会も案内する。
- ⑧ 10月半ば…退院。経腸栄養(1日2回3時間)、経口では6回に食事を分けて食べるようになど、説明を受ける。週5日、訪問看護が入る(退院後2週間)。その後、週1日になる。週1日の訪問になって以降、電話で促すも、Aさん本人による服薬、経腸栄養がきちんと行われていない様子。経口による食事も、気持ち悪くなるからと進めていない様子であった。
- ⑨ 10/26…退院時に勧められた「暮らしの保健室」の場所を確認するために来室。NSと1時間半ほどおしゃべりをして帰る。
- ⑩ 10/27…訪問看護NSと共に昼前に来室。体にやさしい食事会に参加。管理栄養士が様子を見ながら料理を小さく刻み、少量を盛り付けてお出しすると少しずつ食べ完食。本人もそこまで食べられるとは思わなかったと喜ぶ。食べられるとわかり、翌日は海鮮丼を食べ、その後、気持ちが悪くなったと訪問看護NSに話す。きちんとした食習慣がまだできていない。
- ⑪ 11/10…食事会に来室。前回より多く食べる。経口摂取が進んでいることを喜ぶ。その夜、嘔吐に苦しむ。
- ⑫ 11/11…術後はじめての外来受診。ケアマネ、訪問看護師が同行。医師より、抗がん剤治療を始めたいので体力をつけるよう言われる。
- ⑬ 11/14…経口摂取困難となり、低栄養(退院

時より5キロ減)でJ病院に緊急入院。転院先を探している。

J病院の退院支援のときからかわり、Aさんからは、これまでの人生の物語をしっかりと聞き取っています。事故に遭い医師から両足切断と言われたとき、「一本だけでも足を残してください」と医師にかけ合った内縁の妻を頼りにしていたのですが、先に亡くなってしまいます。そこから深い鬱状態になり、がんで胃を全摘することよりも精神的なダメージが強く食が進みません。

結局、腸ろうを増設したものの、Aさんは腸ろうをきちんとやろうとしません。介護保険も申請しましたが、がんの末期とはいえ高い介護度が出ないのではないかとということで、医療保険による訪問看護の特別指示で訪問することになりました。その後、決まった要介護度は非常に低く、週1回の介護保険の訪問看護だと間に合わない状態になり、結局うまくいかず再入院になります。

普通ですと、この時点で在宅栄養は無理だということになると思いますが、私たちは、胃を全摘した方の食習慣のコントロールをベースとした生活全般への支援、また、高齢で独居、生活保護、介護保険申請中の状況、配偶者の死から立ち直れない精神状態など、多様なニーズに対応するにあたり、制度の隙間を埋めるにはどうすればいいのか、皆でディスカッションしました。

その後、急性期病院から療養型病院へ移ることになりましたが、Aさんは「新宿の自宅に戻りたい」という意向が強いことがわかり、皆で認識した上で、帰ってこられるよう調整しました。

《その後の経過》

■ 2016年

① 12月…関東近県の病院(療養病床)に転院。嚥下リハも行うが、吐いてしまい経腸栄養メインに。

■ 2017年

② 1/31…訪問看護スタッフが面会に。「帰りたい」と訴えあり。

③ 2/21…担当者会議。病棟看護師とケアマネジャー、ヘルパー。

④ 2/27…退院。在宅医に訪問してもらう。自宅は、介護用ベッドは入っておらず、部屋は片付いているが掃除が必要。掃除をして古いベッドをどかして介護用ベッドを入れる。

⑤ 3月…ヘルパーの経腸栄養投与の促し・見守りで行えるように。調子が良くなる。「この管はいつ抜けるのか?」と、病状理解はいまひとつ。

- ⑥ 4月…体力が戻って、外出や買い物など。
- ⑦ 4/24…外出先からの帰り道で動けなくなり、J病院に搬送される。
- ⑧ 5月…連休明けに訪問看護師が連携室に自宅に帰れそうか相談。その時点でIVHが入っていた。入院中に吐気がひどかったとのこと。
- ⑨ 5/22…退院前カンファ。Aさん、病棟主治医、病棟看護師、病棟薬剤師、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー。本人は家に帰りたいと希望。腸痙の流れ悪く、点滴必要のため輸液を持っての退院となり、在宅における環境整備が必要。
- ⑩ 5/26…病院にて担当者会議。病棟看護師、薬剤師（地域の）、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャー。ポート感染を避けるため（感染せずに長く生活）、連日医療が入る体制に。医師か看護師で輸液交換。病棟では夜間に外すということをやっていたが、在宅ではそれは継続できないので、我慢してもらうことに。ヘルパーは一日2回。
- ⑪ 6/12…退院。翌13日、本人がIVH外して外出、ヘルパーの連絡で訪問看護師駆け付ける。「カートと共に」と言ったが、以後は外出せず。
- ⑫ 6/23…看護師訪問。「家のほうがいい」とのAさんの言葉に、聞き書きをすすめてみる。意欲を示す。
- ⑬ 7/4…聞き書きのボランティア入る。7月に入ると病状進行、吐気が止まらず辛そう。尿量も減る。ヘルパー週3回に、吐瀉物の片付け等。
- ⑭ 7/10…ステロイド皮下注射。発熱（腫瘍熱か、感染か）。12日、腹部の張りによる苦痛が増強、床屋拒否。夜、腹腔穿刺・腹水ドレナージ。
- ⑮ 7/13…訪問理美容師がきて散髪。気分よくなり、聞き書き1時間。深夜、クリニックにコール、「救急車呼んでほしい」。当直医往診、腹腔穿刺・腹水ドレナージ後、モルヒネ投与。
- ⑯ 7/14…在宅医、訪問看護師が定期訪問。モルヒネの持続投与。
- ⑰ 7/16…血尿が出ているとヘルパーよりコール。20時、看護師訪問。「夜も入ってほしい」というので、ヘルパーが0時、5時、7時と入る。
- ⑱ 7/17…ヘルパー10時半に訪問（管理者と2人で）、呼吸停止している。死亡確認。弟さんが来るのを待って出棺。
- ⑲ 8月…訪問看護師より病棟主治医へ、退院から在宅での最期までの経緯を伝えるレターと完成した聞き書きを送る。病棟主治医より返信。
- 最後の日、0時、5時、7時とヘルパーが行き

ましたが、0時の時点で呼びかけに反応なしです。5時も同じ状態で、7時のときは呼吸数が少ない。そして10時半に呼吸なしです。

この間、Aさんは一人なのですが、「自分の家にずっといたい」という主張がはっきりしていたので支え続けました。そして朝10時半、ヘルパーは救急車を呼ばずに訪問看護師を呼び、その後で医師を呼びました。疎遠になっていた弟さんが来るのを待って死亡確認、死亡診断、お見送りという流れです。医療や介護だけでなく、生活保護なので福祉も動き、さまざまな人たちがフルにかかわり、そしてお見送りをしたという例です。まさに地域の力の結集です。

その後、聞き書きボランティアの方が、若い頃に民謡のプロになろうとしたときのことをAさんがイキイキと語ってくれたと、その内容を1冊にまとめてくれました。「ナンダコーラヨット」というタイトルは、新相馬節の一節だそうです。

このように都会型は、さまざまなサービスをどのように組み合わせるのか、お互いに情報共有をしながらどう連携していくのかを十分にディスカッションしながら進めていきます。そのためには本人の意思をきちんと確認し、その意思に沿って、顔が見える関係のチームで支えていく必要があります。ただし、それは一朝一夕にはできないと思います。さまざまなケーススタディを積み重ねてきた実績の中からチームができ、そういうチームだからこそ看取りができるのではないかと私は思っているところです。

ところで2015年、四谷坂町に看護小規模多機能を立ち上げました。お母さんとおばさんを看取ったご遺族が土地を貸して下さることになり、1階がデイの部、2階がショート、3階にご遺族が住む家を建てました。個別ケアから家族をまるごと包括的に、そして地域全体を視野に入れ、予防から看取りまでを担える訪問看護を行っていきたいと思っています。



独居・在宅看取りの条件は……「自己決定」「老衰」がキーワード 延命治療の病院死は「孤独死」

病院死と自宅死、施設死

日本では、77.3%の人が病院で亡くなっているのに対して、スウェーデン、アメリカ、イギリス、フランスは50%前後。最も病院死が少ないのはオランダで、29.1%です。

しかし、かつての日本は自宅で大往生する人が多く、1952年には自宅死が81.3%、病院死は12.4%でした。その後、自宅死が減少し1976年には逆転、2005年には病院死が82%に達しました。さらに介護保険制度が始まった2000年以降は、特養や有料老人ホームなどの施設死が若干増え、それに伴って病院死が若干減ってきています。最近、自宅死が増えてきているといいますが、この数十年間はさほど変わっていません。

では何故、病院で亡くなる方が急に増えたのか。二つの理由があります。

一つは、高度成長下で掃除機や洗濯機、冷暖房機、テレビ、マイカーなどが普及し、あらゆるものが簡便になったことで、自宅での誕生、自宅での看取りは家族の重労働となり、便利性を求め病院を選ぶようになったわけです。

もう一つは、1973年に国の政策としてスタートした老人医療費の無料化です。病院へアクセスしやすくなったことが、病院死の増加につながっています。

それでは、病院で亡くなるということは、どういうことなのか。

先ほど井先生がおっしゃったように、ベッドの上から見る白い天井と白い壁と白い床、おまけに白い服を着た人に囲まれて亡くなるのが一般的だとするならば、異常ともいえる最悪な場所で人間の生が閉じられること自体、悲惨なことだと思います。そういう意味では、病室で死ぬことが孤独死なのではないかと私は思っています。

2017年、105歳で亡くなられた聖路加国際病院の日野原重明名誉院長は、1991年に医学生向けに書いた「医療をめざす、若き友へー医と生命のいしすえ」という著書の中でこう記しています。
●重篤な患者には気管に管を入れる、点滴注射を行う、尿道に管を入れる、苦しいと言えば麻酔薬を打つ、そして患者が昏々と眠ってしまうが、栄

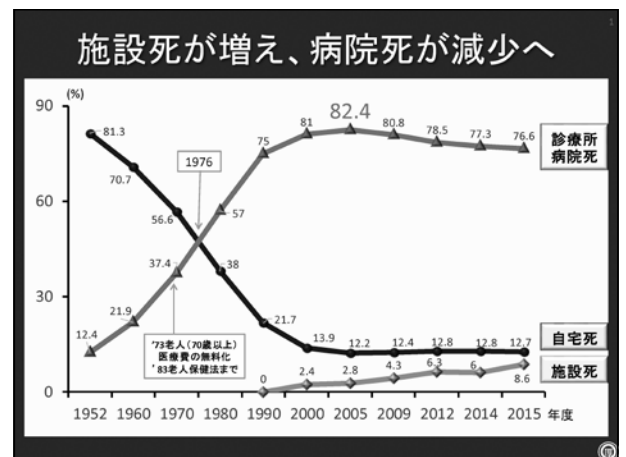
養剤はタププリ注射する、ということの連続行為を行い、考える人間でない人間を作ってきたのです。私たちの医療は人間を人間でない者にして、人生最悪の不幸のうちに終末に至らしめていたといえましょう。

- たいていの人の人生は、その最後の3ヵ月、1ヵ月、1週間は、その人の最悪の状態でも最も不幸な中で残り少ない日を送っているのです。
- あたふたと走り回ってありとあらゆる処置をし、それに対して何も不思議に思わなかったのです。人間は当然そうやって死んでいくのだ、とっていたのです。
- 私たちのやっていた終末医療は、人間の最期をなんと惨めなものにしていたのだろう。

欧米でホスピスを学んだ日野原さんは、これまでの死の在り方とは異なる別の在り方があると考えたわけですが、今の日本の病院は、1991年当時と殆ど変わらないだろうと思います。

最悪の事態での孤立死（誰にも看取られずに死亡状態で発見される）は、被災地の復興住宅（マンション、戸建て、抽選入居）でも起きています。一番新しい調査では、2017年に復興住宅で孤立死された方が55人もいます。非常に寂しい思いをしながら復興住宅で亡くなっているのです。

ここで注目すべきは、仮設住宅で亡くなった人の孤立死のうち、男性は165人、女性は65人と、圧倒的に男性のほうが激変した環境の中で早く倒れてしまうということです。長尾医師の『男の孤独死』という本に、男がいかに弱い存在であるかが書かれていますが、まさにその通りのことが起きているわけです。



終末期医療の在り方

2013年8月、国の社会保障制度改革国民会議（会長・慶応大学清家篤教授）は、素晴らしい報告書を出しています。これまでの医療（1970年代モデル）は、寿命60歳代の人に対して救命・延命治療を行い、最終的に社会復帰させる医療だったが、これからの医療（2025年モデル）は、寿命80歳代の人たちが複数の病気を抱えながら、日々の生活の質（QOL）を保持し、質の高い死（QOD）につながる医療を適用しなければいけない。そのためには、在宅医療を中心に地域全体が支えるべきであり、「治す医療から支える医療」への転換を提案しています。

病院の医師は、病気の治療に専念し、体を治すことしか考えませんが、在宅医療では好きなものを食べ、好きな時間に家族や友達と会話を楽しむことができます。在宅（自宅や施設）で自分らしい生活を継続する中で、最終的に亡くなる。これが本来の高齢者医療の在り方にならなければいけないと思います。

京都の特養付属診療所所長である中村仁一医師は、今の医療、特に終末期の医療の在り方は、人間本来の在り方と乖離し、老いと病をすり替えていると言います。大病院の医者は、人間が自然に死ぬ姿を見ないし、知らないが、そもそも生物は繁殖を終えれば死を視野に入れ、老衰過程に入る。老衰過程で病院に行くと、病名がつけられ治療が始まる。枯れる死を妨害するのは、点滴や酸素吸入などの延命治療であり、老衰過程において医療がやるべきことではないというわけです。

世田谷区の特養で常勤医師として勤務している石飛幸三医師も、人間も自然界の一部である以上、自然の摂理に従って老いを認めなくてははいけないと言っています。一秒でも長く生きられるようにすることが医療が果たすべき役割だと学んだ医者は、人間は苦しんで死ぬのが当たり前だと思っています。特養に来るまで自然死を知らなかったと、石飛さんですらそうでした。

また、訪問診療の医師と病院の医師とでは、生命観や死生観は全く異なると聞きました。胃ろうによる延命治療について賛否両論ありましたが、日本老年医学会は、胃ろうを続けても良い人生が続くことが難しい場合、胃ろうを中止することも可能とするガイドラインを2012年に公表。日本

「ご当地医療」に大転換 生命の「量」から「質」に

社会保障
制度改革
国民会議
2013年8月

これまでの医療 (1970年代モデル)	→	これからの医療 (2025年モデル)
● 体を治す医療		● 生活を支える医療
● 病院完結型		● 地域完結型
● 入院医療		● 在宅医療
● 救命、延命、治療		● 病気(合併症)と共存
● 社会復帰		● QOL(生活の質)、QOD
● 寿命60歳代		● 寿命80歳代

「医学モデル」から「生活モデル」に大転換 「病」→「老い」

病院医療 (1970年代モデル)	→	在宅医療 (2025年モデル)
● 体を治す医療、回復		● 生活を支える医療
● 治療に専念←病気		● 緩和ケア←老衰
● 入院		● 在宅(自宅・施設)
● 苦痛、ベッド、病院食		● 酒、好物を自由に
● 白衣に囲まれ孤独		● 家族、友人と団らん
● 命だけ長らう		● 楽しく、幸せ

あわてて救急車を呼んでしまっても 「自然死」ができる

- 主治医がOKすれば
本人が書面で蘇生中止、延命中止を表明している
→蘇生中止に
- 主治医が不在でもOK
本人が書面で蘇生中止、延命中止を表明している
→救急隊の医師の判断でOK
- 本人の選択を尊重←各地の消防本部でバラバラな見解
施設や家族が慌てて救急車を呼んでしまっても
心肺停止を確認→蘇生処置を開始→医師の判断
- 日本臨床救急医学会
2017年4月7日に公表

透析医学会は、病状が重く死期が迫った終末期の患者への対応として、本人の意思が明らかな場合は人工透析を開始しない、あるいは中止することも選択肢とする提言をまとめました。

このように終末期医療の在り方は、少しずつ変化してきていますが、『ハリソン内科学』では「患者は死につつあるから食べないのであって、食べるのをやめたから死ぬのではない」と述べています。病気に医療は必要ですが、老衰には不要だということです。

食事といえば、特養や有料老人ホームなどでは、なかなか食べようとしなない高齢者に対して、瞬間的に口を開けたときに、スプーンで食べものをパッと口に入れることがあります。根気よく3時

間かけて食事を提供したスタッフは優秀だということで表彰状をもらえるそうですが、こうした行為は、ヨーロッパでは虐待とみなされます。その人がほしいときに食べるのが食事であり、本人が望まないのに食事をとらせるのは、自然の摂理に反するという考え方です。

こうしたことは生命観や医療観の違いによるもので、日本と海外とではずいぶん異なります。生活の質、命の質、尊厳を重要視する海外の医師は、本人が望んでいないことはしません。

ところが、日本の場合、本人が自己決定できないと家族に委ねる傾向があります。そして家族もよくわからないとなると、医者に委ねる。そうすると、医者は、医師法による応召の義務がありますし、あとで医療訴訟にならないよう徹底的に延命治療を行います。医療の在り方や医師だけが悪いのではなく、医療を受ける側の国民の意識の問題もハードルになっていると思います。

穏やかな「在宅死」を選ぶために

どうやったら穏やかな「在宅死」ができるのかというと、それは簡単です。

①家庭医（主治医、かかりつけ医）を決める

- 通院困難な理由を話す、16km内
- 診療所（クリニック、19床以下）の医師
- 年間2ケタ看取りの在宅療養支援診療所に
- 訪問看護ステーションの訪問看護師（医師の指示書で訪問）

②家庭医の月1～2回の定期訪問を受ける

③死亡後に家庭医が死亡診断書を書く

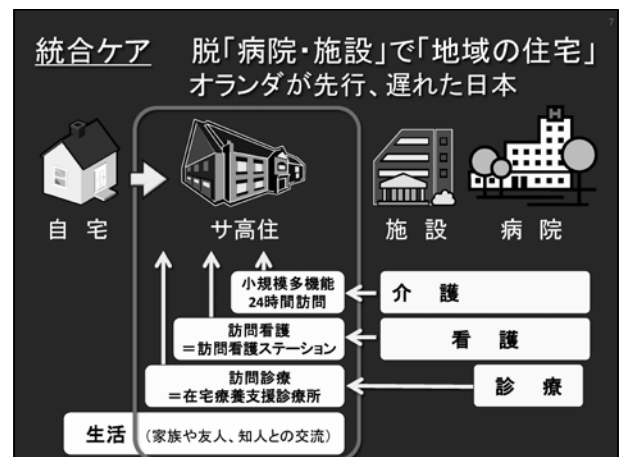
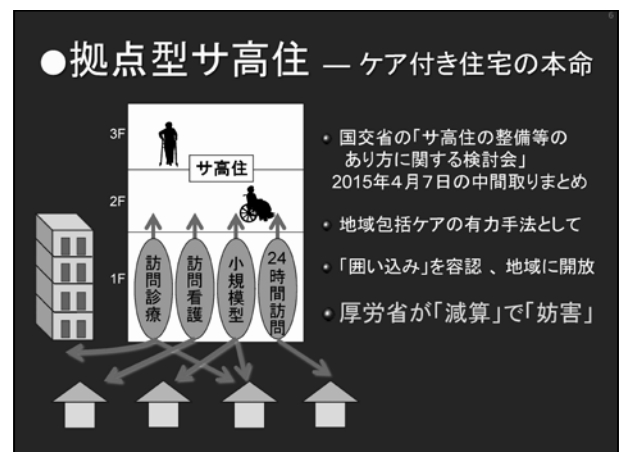
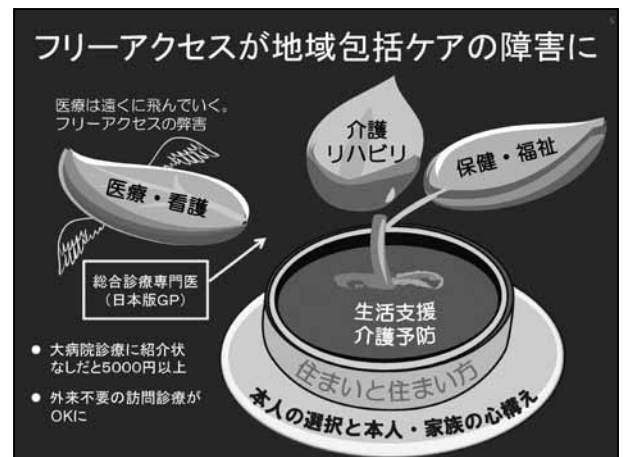
- 24時間前に診断なくても、死因判明ならOK
- 訪問診療を行う在宅療養支援診療所か、あるいは訪問看護ステーションを通じて、在宅療養支援診療所を決め、月に1、2回訪問してくれると、最終的に死亡診断書を書いてくれると、不審死として警察が介入することは絶対ありません。慌てて救急車を呼んでも、その途中で、延命治療をやめてほしいという文書を作っていることを伝えれば救急車は引き返してくれます。

こうしたノウハウは、訪問診療の医者にたどり着いて初めてわかるわけで、一般の大病院や医療関係者、ケアマネジャーは殆ど教えてくれない。これが問題であろうと思います。

地域包括ケアシステムを描いた植木鉢の図において、医療は植木鉢にぴったりくっついていてはなりません。日本はフリーアクセスなので、

極端なことをいえば、子どもがおなか痛いからと札幌から飛行機で慶應病院に来ても構わないわけです。では、慶應病院の医者には診療過程がどうだったか、札幌のケアマネジャーが追跡するかというと、そんなことはできない。つまり、地域包括ケア自体が医療のフリーアクセスによって損なわれているのです。

にもかかわらず、総合診療医の制度をつくり、ヨーロッパと同じように日本版 GP を育てることで医療を地域包括ケアの中に収めようとしています。これはなかなか難しいでしょう。



独居の看取りの在るべき姿として、私が一番薦めるのは拠点型サ高住です。

居室の面積は18m²以上、部屋にはトイレと洗面台、収納設備が備わっており、特養やグループホームの居室よりも広く生活しやすいといえます。このサ高住に、高齢者が最期までずっと住み続けられるよう ①在宅療養支援診療所、②訪問看護ステーション、③定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間訪問）、④小規模多機能型居宅介護の4つのサービスを併設した形を新設し、国交省は「拠点型サ高住」と位置付けました。

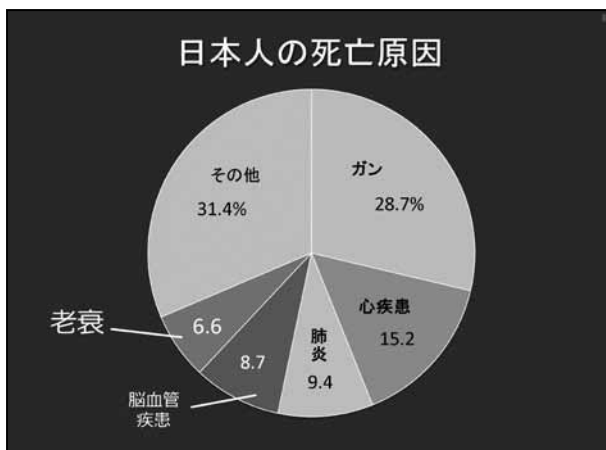
サ高住では、家族や友人の来訪時間に決まりはなく、夜中でもよい。麻雀をして泊まってもいい。入居者は、自由な生活ができます。しかも必要に応じて、同じ建物に併設した4つのサービスを自由に使うことができ、現在の制度の中で非常に満足度の高い暮らし方だと思っています。

ところが、殆ど普及していません。なぜかというところ、今回の厚労省の改定による介護報酬減算が原因です。サ高住と同一建物や隣接地に併設された介護サービス事業所の場合、支払われる介護報酬が減算されてしまいます。

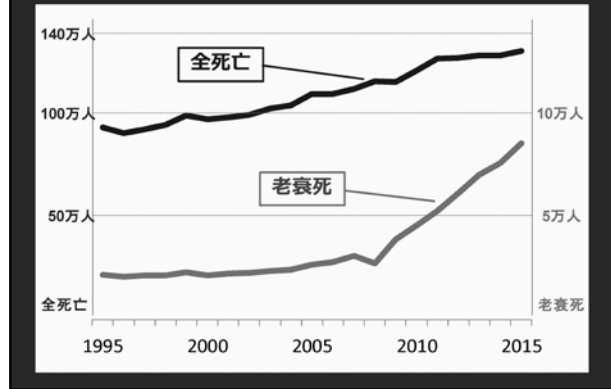
せっかく国交省が良い提案をし、国が予算化したシステムを、厚労省は囲い込みでけしからんとペナルティーを課す。こんなおかしいことが今起きているわけです。

ところで昨年、米国の有名な美容健康月刊誌「アルーア」のミシェル・リー編集長は、ウェブサイトで「アンチエイジングという言葉を使わない」と宣言しました。人間が老いていくのは当たり前のことで、加齢は戦うものではない。「若い=美しい」「加齢=下り坂」を否定し、老化は敵ではない、マイナスでもないことから「With Aging（加齢と共に）」を提唱しています。

言葉の力は大事ですから、高齢社会においては



「老衰死」が急増している



「老衰死」という言葉を普及させるべきだと思っています。

厚労省の「平成27年度版・死亡診断書記入マニュアル」には、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみを老衰死とすると書かれてあります。

現在、日本人の死因は第1位ががん、次いで心疾患、肺炎、脳血管疾患と続き、老衰は第5位です。5位ながら年間死亡者数は、他の主要死因を超えるほど急増しています。

前述した日野原さんは、点滴や胃瘻、人工呼吸器などの延命措置を拒否し、自宅で同病院の医師の診察を受けながら、老衰死がいいと言い続けてきました。実際、しだいに食べなくなり、痛みも苦しみも訴えず、静かに眠るように亡くなったと報道されていましたが、主治医だった聖路加病院の医師は、なぜ死亡診断書に呼吸不全と書いたのか疑問が残ります。

しかも現行の死亡診断書には、「疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」と注意書きが記されているにもかかわらず。しかし、これは大病院の医師が書く死亡診断書に「老衰死」という記述が見られないことからわかるように、医師の裁量による部分が大きいといえます。まずは大病院の医師に「老衰死」を認知してもらうことが突破口になるのではないかと考えています。

終末期は、脱水や低栄養から意識レベルが低下し、うとうとと傾眠状態になります。このとき脳内モルヒネと呼ばれるβエンドルフィンが分泌されるので、多幸福感や快感があるといいます。血中ケトン体が分泌されることで鎮痛効果もある。つまり、眠るように安楽な状態で死を迎えることができるわけです。老衰死とは、こういうことだということを、もっと広めるべきです。

在宅死が当たり前になるには、死は普通のものであり、決して苦痛を伴うものではないということが広まること。それが肝心だと思います。

独居の看取りができる街づくりのための私の提言

医療と介護が必要な高齢者のために

尼崎市は、兵庫県の一番南東部に位置し、すぐ隣には大阪市と大阪府の豊中市が隣接しています。人口は、平成30年2月時点で45万852人、65歳以上の高齢者は12万6690人、高齢化率は28.1%となっています。そのうち単身世帯数は2万8903世帯です。

要支援・要介護認定を受けていらっしゃる方は2万5398人。実際に介護保険をお使いになっているのは8割程度だと思いますので、2万人ぐらいの方が介護保険サービスを受けています。

介護保険サービスを受けていらっしゃる方々の資源として、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、特養・老健・グループホーム・看護小規模多機能型居宅介護などがありますが、特に単身の方を対象に考えますと、もっと増えてほしいと思うのが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護です。

現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は市内に3カ所しかありません。そのうちの2カ所はサ高住に付いておりますので、1カ所だけが地域の資源として活用できるようになっています。

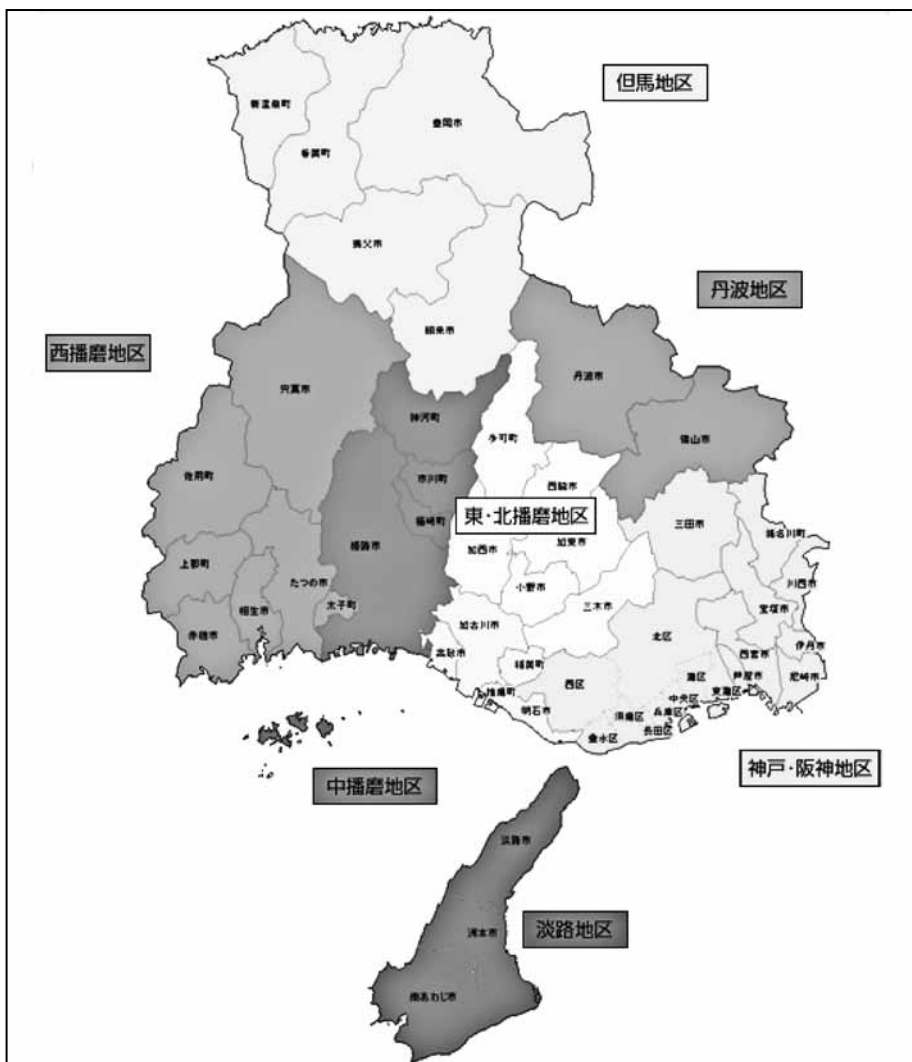
また、ケアプランを作っているケアマネジャー数は、施設ケアマネ、居宅ケアマネを合わせて800名を超えたくらいだと思います。にもかかわらず、尼崎市ケアマネジャー協会に在籍している会員数は、その3分の1にも満たない264名です。

ケアマネジャーは、ケアマネジメントを実践する対

人援助の専門職であると私はいつも言っており、自立支援に向けたケアプラン作成、そして多職種連携の調整、地域づくりへの参画という大きな責任を持たされています。

最後まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくために地域包括ケアシステムの構築が推進されていますが、医療と介護の両方を必要とする高齢者の在宅での生活を支える上で、多様なサービスをコーディネートする専門性を持ち、さまざまな社会資源を使いこなせるようなケアマネジャーが求められています。

加齢に伴い複数の慢性疾患をあわせもち、要介護状態や認知症の発生率が高い高齢者を支えるためには、医療と介護が連携して包括的かつ継続的にサポートする必要があります。そのため、平成27年度より「在宅医療・介護連携推進事業」が



介護保険法上に位置づけられました。

在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、尼崎市では医師会、歯科医師会、薬剤師会、県立や民間病院、看護協会、居宅介護支援事業連絡会、私ども尼崎市ケアマネジャー協会など17団体が集まり、平成27年に尼崎市医療・介護連携協議会が開設されました。そして、医師や看護師、薬剤師などの医療職と、ケアマネジャー、ヘルパー、施設従事者などの介護職との連携を強化するための後方支援拠点として、医療・介護連携支援センター「あまつなぎ」を開設。

また、医療・介護の専門職がチームとなり、在宅療養を始める本人とそのご家族を支える取組みを行っていますが、そのことを市民に知っていただくため、「尼崎市在宅療養ハンドブック～最後まで自分らしく暮らし続けるために～」という冊子を発行しました。

いろいろなパーツができ、それらを今後どのようににつないで、どのように組み立てて活用していくかが一番の課題だと思っています。

提言 I 介護事業主の理解

尼崎市ケアマネジャー協会は、介護支援専門員が相互に連携し、研修等の活動を通じて専門性の向上に努めることにより、介護支援業務を円滑に遂行し、利用者のQOL向上に寄与することを目的としています。

恥ずかしながら、地域包括ケアシステムの内容について殆ど知らないというケアマネジャー、介護保険サービス事業所のスタッフは少なくありません。知る術も知りません。

そこで当協会では、「在宅医療・介護連携と救急医療」「定期巡回・随時対応型訪問介護看護普及促進セミナー」などの研修会等を行っています。ぜひ介護保険事業主さんに趣旨をご理解いただき、ケアマネジャーや介護職員の方々が業務時間中に参画できるようにしていただきたい。また、職能団体加盟もお願いしたいと思っています。

多職種の事例検討会等もたくさん行われるようになっていますが、いつも同じような顔ぶれにならないよう、新人の育成も兼ねて積極的に取組んでいただけるよう提言したいと思います。

論より証拠ではありませんが、人間と向き合いながら真剣に取組むことでモチベーションが上がり、やりがいや生きがい生まれます。そこで私が忘れられない看取りの事例を紹介します。

尼崎市の紹介

- 人口：450,852人(H30.2月)
- 65歳以上高齢者数：126,690人
- 高齢化率：28.1%
- 高齢者単身世帯数：28,903世帯
- 要支援要介護認定数：25,398人
- 地域包括支援センター：12ヶ所
- 居宅介護支援事業所：218ヶ所
- 訪問看護ステーション：58ヶ所
- 特養・老健・GH・(看)小規模等：77ヶ所
- 定期巡回型訪問介護看護：3ヶ所
- 介護支援専門員数：800個人

ひと咲き まち咲き
あまがさき

ケースから見た共通点

- 乳がん
女性60代
- 肺がん
男性70代
- 多発性硬化症
男性70代
- 生活保護世帯
- 単身世帯
- 家族や兄弟とも疎遠
- 頑固者(一人の覚悟)
- 入院には強い拒否

寝たきりになっても自立支援は可能。
最期まで本人らしくいけることに寄り添うことは、その人の人生の大切にして
いることを守ることを支援すること。

看取りをした3人の方々には、共通点があります。3人とも離婚歴のある単身の方でした。そして家族やきょうだいと疎遠関係にあり、頑固者、ただし一人の覚悟は十分できていました。

乳がんの女性は、大腿骨骨折で在宅療養されているのですが、どうしてもベッドを入れてくれませんでした。多発性硬化症の方も、入院が大嫌いです。強い懐疑心があり、「ここまできたら、もう入院せなあかんのと違うか」という医師の言葉も聞かず、「絶対に家にいる」と言い張り、自宅で過ごされていました。

寝たきりになって、自力で動けなくなっても、どんな状態になっても、その人の自立支援は可能だと思っています。看護師さんやヘルパーさんが毎日入り、必要な介護保険サービスを受けながら3人とも自宅で生活し続けました。

合言葉は「意識がなくても、何も心配せんでいいから、絶対に救急車だけは呼ばんとって」。

その合言葉のもと、サービスを入れていましたので、3人ともヘルパーさんが入ったときに亡くなっているのが発見されました。

亡くなったあと、疎遠だったごきょうだい、遠

い親戚の方に、ケースワーカーともども状況をご説明させていただきましたが、在宅の看取りとしては特に問題はありませんでした。

多発性硬化症の方の場合、亡くなる数日前にお兄さんに連絡した際、すぐ近くに子どもさんがいること、道を挟んで元妻さんがいることがわかり本当びっくりしました。つくづく、私たちは聞かなければいけない情報と、聞いてはいけない情報があるのだと感じました。

今日は、どんな話をしたいのか、どんなものを食べたいのか、どこに行きたいのかなど、本人の心からの声をキャッチするスキルが、私たちケアマネジャーには必要です。そして何より大切なのは、本人の意思を確認することだと思っています。なぜならケアプランは、その人の真意に沿ったものでなければ意味がないからです。

あるとき、別の利用者さんから「いろいろと介護保険サービスが入って、あんた幸せやなあと言われるけれど、私はどこも幸せじゃない。私は、こんなサービスなんか来てもらわなくてもいい。自分でできるのが一番幸せや」と言われたことがありました。どんなに周りが幸せだと思っても、その人が幸せだと感じていなければ、何もならない。幸せの定義は、人それぞれです。

寝たきりになっても自立支援は可能、最後まで本人らしく生きることに寄り添うことは、その人の人生において大切にしていること、それを守ることを支援することだと思っています。

提言Ⅱ サービス担当者会議にACPを入れる

サービス担当者会議は、介護保険制度の中で、初回時、更新時、そして変更時、いろいろなサー

ビスが入ったとき等に繰り返し行われます。

このとき、もしも将来、本人が意思を決定できなくなったとしても、本人が語ったことや書き残したのから、その意思を尊重し、医療スタッフや家族が本人にとって最善のケアを提供することが重要で、こうしたプロセスをアドバンス・ケア・プランニング（ACP：Advance Care Planning）といいます。

日本語では事前ケア計画書、意思決定支援計画などと呼ばれています。

サービス担当者会議では、本人の意思を確認し、それをチームで共有し、目標を決めていきます。何度も繰り返し会議を行うことができるので、ACPを有効活用するには、サービス担当者会議が最も望ましいのではないかと思います。

左下の図は、本人を支える支援の輪です。

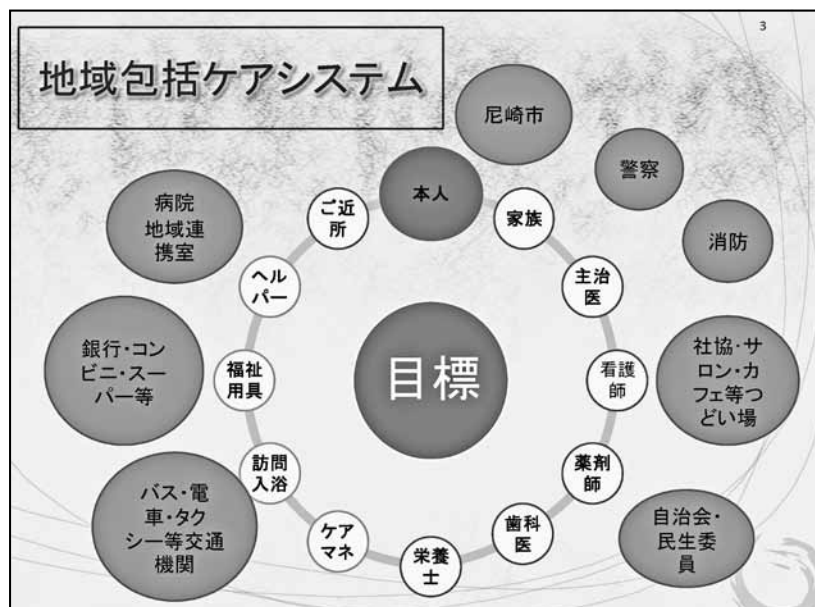
今までは中央に本人を置き、多職種が囲んでいる図だったと思いますが、これからは本人もチームの一員となり、本人の望む目標に向かって医療・介護の従事者、家族と共に進まなければなりません。ですから目標を真ん中にして、本人をチームの一員にしてあります。

また、行政をはじめ、警察、消防、社協、自治会などの地域の協力なしに生活は成り立ちません。特に警察、消防、民生委員さんとのつながりは、介護保険サービスを利用されていない独居の方の孤独死防止につながると思います。

ちなみに最近、尼崎市では、大家さんが看取りをするのが嫌だからといって、高齢者にアパートを貸してくれないというケースが出てきていると聞いていますので、大家さんの理解も得ていく必要があると考えています。

地域の住民の方たちに、より良く理解していただくには、どのような啓発をしていけばいいのかということとは、尼崎市だけでなく、各市町村の課題だと思っています。当法人でも、その一環として以前から地域づくりのためのさまざまな取り組みを行っています。

たとえば、多職種による勉強会、医療・介護のよろず相談室、長尾和宏院長が学長をしております国立（こくりゅう）認知症大学の私塾などのほか、在宅の患者さんの外出を支援するため



の音楽会や桜の花見会もあります。

在宅でお看取りをさせていただいた方々を集めて、弥生会という遺族会も定期的に行っています。こうした多種多様な取組みを通して、さまざまな人がつながり、地域づくりの一環になっていると思っています。

提言Ⅲ 地域づくりに住民の声や企業の参画 若い世代への啓発

先日、東京都町田市内のスターバックス8店舗で、認知症カフェ「Dカフェ」が開催されることになったというお話を聞きました。認知症カフェは、コミュニティセンターや福祉施設などで開催するところが多いと思いますが、やはり企業の参画は大きな力になります。

また、幼稚園や小学校の子どもも含め、若い世代が、高齢者とのかかわりや認知症に対する理解を深めるようにしなければならないと思います。コンビニやスーパー、お弁当屋さんの一角に「つどい場、作ったり、子ども食堂や放課後教室の中に高齢者の役割を作りコラボするような取組みができないか」と考えているところです。

子ども食堂は、貧困家庭や孤食の子どもたちに対して、無料または安価で食事を提供する取り組みです。NPOや個人、事業者など運営し、現在、尼崎市では、子ども食堂が30ヵ所以上もあると聞いています。

提言Ⅳ セルフケアへの支援

ケアマネジャーは、要介護者一人ひとりの状態や課題を発見し、心身や生活に支障がないようにするため、さまざまな介護サービスを提供できるよう調整します。ケアプランの内容は、利用する方の生活に大きな影響をおよぼしますから、医

療・介護・福祉等に関する幅広い知識と高い専門性を含め、一体的な支援となるケアマネジメントが求められます。

そうしたケアマネジメントはもちろんですが、これからは高齢者のセルフケアに対するマネジメントも重要となってきます。いつまでも住み慣れた地域で自分らしく生活していくためには、高齢者自らが抱える健康課題に対して自発的に取り組むセルフケアが必要だからです。

通常のケアマネジメントさえ十分にできているとはいえない中で、セルフケアマネジメントを実践するという自体、私たちにとっては非常にハードルが高いのですが、自身のスキルアップのためにも取り組むべき課題だと思っています。

そこで、高齢者の方々に「元気なうちから予防してもらおう」「自分でできることは継続する」「自分の身は自分で守る」という3点について一緒に考えていけたらよいのではないかと考えています。介護保険サービスを使って要介護度が下がるような支援をしていきたいと思っています。

提言Ⅴ 医療制度を理解する

ケアマネジャーは、医療保険、特に在宅診療等に関する制度をもっと勉強することで、医療との連携がスムーズになり、また、訪問看護をうまく利用できるようになるのではないかと考えています。ケアマネジャーに対する期待が高まっているだけに、その期待に応えていけるような取組みを続けたいと考えています。

なお、尼崎市ケアマネジャー協会とは別に、来週、尼崎市で主任ケアマネジャー連絡協議会を立ち上げることになりました。

主要なメンバーが集結し、質の高いケアマネジメントや介護予保険サービス、地域課題の抽出と解決策等を勉強し、それらを研修会等で教える指導者として活躍できるようにしたいと考えています。孤立しがちな地域のケアマネジャーを支援しながら、地域ネットワークづくりに参画できるケアマネジャー育成をめざしています。

私たちケアマネジャーは、その方の人生を一冊の本と捉えたら、最後の数行にしか、かわらないのではないのでしょうか？ それまでのページなくして、その方の人生を語ることはできません。誰かを愛し、愛されてこられた大切な人であることを忘れないように、今後もケアマネジメントに励みたいと思います。



全体討議

医学生 社会参加とそれから行動変容をテーマに活動しています。支え合いは重要なことですが、非医療職の立場でいかに介入していくのかと考えると、限界を感じました。医療の方々とはタッグを組むには、医療のリテラシーが必要だと思います。

一方、ケアの現場の方とクリエイティブの現場、企業の立場で事業をやっている方の間のネットワークをつなぐようなこともしています。すでに多職種連携は行われていると思いますが、医療現場では、なかなか行われていないのではないかと考えたので、まずはクリエイティブの人たちからつないでいこうと思いました。

社会参加を促す立場としては、ケアを拡大解釈してもいいのではないかと考えています。医療の現場のリテラシーは重要ですが、非医療職からすると、異なる言語体系で何を話しているのかわからない。今日、地域住民が立ち上がり、皆で支え合う地域づくりをするというお話がありましたけれど、緩やかにケアを拡大解釈しながら、いろいろな人を巻き込んでいくことが重要なのだらうと思いました。

医学生の立場からいいますと、5年間医学を勉強した中で、残念ながら家庭医学、在宅医療、看取りの現場で勉強する機会を与えてもらうことはありませんでした。私自身は、家庭訪問をたくさんしていたので、そういった現場はよくわかりますが、恐らく私の同級生は、一度も家庭の中に足を運ばず医療の現場だけで、最終的に病院の中で働くだけで医者的一生を終わる人もたくさんいると思います。

これからは医療の眼鏡だけでなく、人間の眼鏡をかけて人を診ることが重要になってくる時代だと思いますので、若い医学生や看護学生、リハ職など、在宅の現場で学びたいという学生がいいたら、受け入れていただければと思います。

NPO 代表 現在、アルツハイマー型認知症で90歳の母が一人暮らしをしています。今朝6時に「なんだか鼻水が出ている」といったことで電話がかかってきました。訪看さんに連絡をしたら、訪看さんが母の状態を見に行ってくれて、医師につなぐかどうかを判断してくれました。

私という娘がいるので、こうした連携ができますが、事例にあったように全く身内がない方の場合、誰が代理人になってくれるのか。というよりも、当事者に覚悟を持ってかわり、その人のいろいろな思いを代弁したり、いろいろな手続きをしたりするといった、そういう人がいないと、医療と介護だけでは難しいのではないかと感じました。

それから、後見人は「胃ろうをしないでください」とか、医療に関することについては、法律的に言えない立場だと言われています。

たとえば、私が隣のおばちゃんから頼まれて代理人みたいな形になった場合、そういうところまで踏み込めるのでしょうか。

行政関係者 「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」は平成30年3月に改訂されましたが、後見人が医療決定できるとは書いてありません。ただし、家族および信頼できる者という書き方をしているので、信頼できる者というところに後見人が入る可能性はあるのだらうと思います。

医療行為の決定に対する責任は、法的な担保がないと難しい。誰が責任を持つかというよりは、現場でいろいろな人と話し合いながら、本人に最善の策として決定したことを皆で共有して実行していくことが大事だらうということです。

ガイドラインが必要になる前の段階から話し合い、考え、共有していく過程においては、医療・福祉関係者だけでなく、住民から始まるような土壌を作っていこうと検討しているところです。

今後は、たとえば学校教育の中で、自分はこういうふうに生きたいのか、ということを考える、あるいは市民への啓発のために行政の人が話をするなど、そうした中である程度のベースができ、その上で病気になったときに改めてどうするのかを考える。自分の状況に合わせて、繰り返しどうしていくのかを皆で考え共有していく。そういう環境を作っていこうと話合っています。

福祉関係者 後見人の同意権は、裁判所からもらい、委譲契約です。代理権をもらっていればでき

るという解釈をしています。

後見人には、本人のために診療・介護・福祉サービスなどの利用契約を結ぶ、本人の預貯金の出し入れや不動産の管理などを行うという2つの役割があります。

最近、いろいろと経験しており、仮に独居だったとしても、恐らく老衰死は苦しくないと思っています。いわゆるドライアップがその人にとって、とても楽だということは、仕事を通して経験していますので、正しいだろうと思っています。問題は、老衰で生きてきて最期へと向かうときです。そのときに一番お金がかかります。

たとえば、要介護5になったとき、サービスの上限金額は、はるかに超えます。苦しい老衰の時期です。そのときにどうするか、ということを考えないといけない。大転換を考えないと、お金のことで困って、自分を守ることができなくなる人がいるということです。

医師 認知症の方が通帳・印鑑をなくす、預金を盗られる、パラサイト家族から経済的虐待を受ける、生活困窮者で医療費の支払いができないなど、そうした課題に対して、フィナンシャル・ジェロントロジー（金融老年学）をもとにしたケア論が必要になります。経済的な問題が解決しないと、独居の看取りも、なかなか解決しないと思います。

医師 老衰で生きているというのは、長い時間軸なわけで、お金がなければ病院へ行っても診てくれないし、施設には入れない。本人の希望を叶えるには、どうしたらよいか悩ましいところです。それでも、本人が希望をはっきり口に出して伝えられている、という点が肝だろうと思います。

今回、独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりがテーマですが、そうしたまちができていれば、現実的に独居高齢者の在宅看取りは可能なのでしょうか。

医師 本人が「絶対に私はここで死にたい」と言えば、脳卒中再発とか急変でない限り、がんのターミナルや老衰も含め、そんなに長い期間でなければ医師側で何とかできます。長いといっても、1ヵ月ぐらいであれば、普通に看取ります。

長いスパンになると、だいが厳しくなると思いますが、この場合のキーポイントは、その人の暮

らしを支えることです。介護保険だけではオーバーしてしまうので、医療保険制度の部分で少し補うことになるでしょう。

ケアマネ 独居で看取るまでの間、定期巡回型か看護小規模多機能か、拠点型サ高住なのか。生活を支える上では、24時間自由に使える体制のほうがよいのでしょうか。

ケアマネ 独居の場合、日中はヘルパーさんが入れば大丈夫ですが、夜間が心配で不安が強いという方は少なくありません。そこで月に何回かですが、自費のデイサービスの泊まりを利用します。施設は、看取りが近い方の受け入れは難しいので、看取りまで行う自費のデイサービスにお願いしたりしています。

ジャーナリスト 拠点型サ高住は、訪問診療、訪問看護、小規模多機能、24時間訪問介護看護の4つのサービスのうち、複数が入ります。先ほど、24時間訪問介護をサ高住の人にしか行わないというお話がありましたが、それは拠点型サ高住とはいいません。

サ高住にサービスを入れつつ、地域の戸建てやマンションの所にも行くのが拠点型サ高住です。サ高住に拠点を置いて、小規模多機能や定期巡回が動く。なぜサ高住の中にあるのかというと、24時間訪問介護看護は、非常に収支が取りにくい。たくさんの方がいなければならぬし、小規模多機能もそうですけれど要介護3以上の人が多くないと、プラスの事業にならないわけです。

そういう意味では、サ高住である程度の重度の人を確保して、収入面を安定させた上で地域に出ていくというのが本来の在り方だと思います。

ところが、事業者の中には併設した建物しかやらないという所があり、それが厚労省にとっては困り込みだという批判につながっているわけです。けれども拠点型サ高住は、拠点をづくり、それを地域に展開しますから、サ高住に併設した事業者が地域に出ていけば、一番いい在宅看取りができるのではないかと思います。

小規模多機能は、要介護3以上の人であれば十分収支は取れるはずなので、これからは拠点型サ高住を拡大していく。これが今日のテーマの一つの答えになるだろうと私は思います。

医師 いま実際に診ている患者 A さんは、一人暮らしで寝たきり、がん末期で、夜は誰もいない。それならヘルパーさんとか訪問看護師さんが行けば安心か、というと A さんは「そんなことは、もういい」と言います。それで A さんをサポートしている人たちには、「訪問して亡くなっているのを確認したら、すぐ電話してください」と頼んであります。

では、家族がいる人の場合、家族はひと晩中、つきっきりで見えていないといけないのか、というと、そんな必要はありません。寝ているときに、あの世に行かれたらどんなに幸せですか、いいじゃないですかと私は言っています。最期は、ちゃんと私が責任を取る。いつでも飛んで行くから、皆さんこの人の願いを叶えてあげましょう、と話しています。

定期巡回といっても、お金がかかるし、行ったからといって何をするのか。もしも朝冷たくなっていたら、訪問診療医が飛んで行けばいいのではないか。サ高住にしてもそうですが、どこかに収容されると、結構なお金がかかるだけです。

あの人は、もう亡くなるんだと、みんなで腹をくくることが一番大事です。腹をくくってしまえば、しょっちゅう見に行く必要はないと思います。あれは自然死だと、みんなで腹をくくればいいのではないのでしょうか。「夜中に呼び出されると大変」ではなく、そのことも含めて、自然死でいくと腹をくくることができるかどうか。これに尽きます。みんなをその気持ちまでもっていくのに一番骨が折れますが、気持ちが一つになれば、何も恐ろしいことはありません。

医師 地域包括ケアシステムをきちんと構築していかなければいけないという意味では、今回の同時改定によって医療と介護の連携が進みました。これをどう現場が取り込み、うまく機能するようになるかが重要だと思います。私は、地域の中で対立構造は作るべきではないと思っていますので、みんなが協力して、できるだけ住み慣れた地域で、できるだけ長く暮らせるようにすることです。

もちろん医療報酬、介護報酬、医療保険、介護保険に頼っていたら、特に介護保険は持ちませんので、やはり「まちづくり」をして、ボランティア、あるいは元気な高齢者の力も借りないと成り立っていきません。

従来の高度急性期病院は、これからは役割が限定されていくだろうと思っています。急性期の大病院は2次医療圏の最後の砦として一定数必要ですが、機能を高め、病床数は今よりも少なくてもいいのではないかと。それより地域密着で支える診療所や中小病院を報酬上、評価する必要があると訴えていましたが、今回の改定でそれぞれが評価されたことは、非常に良かったと思っています。

今後、地域差はあるものの、全体として人が減っていきます。マンパワーがいなくなる。それから財源の問題もあります。天から降ってくるようなお金はありませんし、コストの問題、人手の問題、非常に課題は多いものの、2025年に向けて後半戦に入り、メニューは出そろった感じがします。

今後、いろいろな限界が生じてくる可能性がありますが、そのような状況になっても、地域性に応じた形で看取りができる体制をどう構築していくかが問われると思います。我々が果たすべき責任は大きいといえます。

福祉関係者 病院で死ぬか、在宅で死ぬかという中で、拠点型サ高住とかグループホームとか、様々な施設があります。自分に合う施設に行けば、自宅じゃなくても、幸せであればそれでいいのか。その辺りがまだ整理つかず、わかりづらいという感じがしました。

大学講師 ここに集う医師の方々が「住民主体」という言葉をよく使われていることに驚きをもっています。地域づくりをする際は、住民の参画が必要なのに、これまで地域活動をしている人たちを組織化したり、コーディネーターをしている社協の側からは、この言葉は殆ど出てきませんでした。

また、社協の側も医療との連携というと非常にハードルが高く、逆に言うと医師会を含め、お医者さんから社協にコミュニケーションを取ってもらわないと、なかなか働きかけにくいのではないかと思います。地域包括ケアを推進する中で、社協の位置づけについては殆ど議論されていないようなのですが、社協をどう位置づけていくのかは、重要なのではないかと思います。

医師 社協も地域によっていろいろな形がありま

して、意外にも地域のボスが社協をやっているところもあります。要するにお役所の出先みたいなものというか、全く動きません。そうこうしているうちに民間との競争に負けて、どんどんサービスを縮小しているところもあります。

訪問看護師 私の地域で、一人暮らしの方を看取ったとき、さまざまなカンファレンスには社協の人にも参加してもらい、権利擁護などは、かなり社協の人に頼っていました。ですから一人暮らしの人を支えるのに、社協さんはかなり頑張っていると私は思っています。

社協さんが地域で活動しているからこそ、民生委員さんたちとコラボレートできると思います。特に一人暮らしの方を支援する際は、そこからの情報を結構いただいています。なおかつ権利擁護というか、それがないと最後まで一人ではできないので、私たちは社協さんに対して、一緒にやっていく仲間だと思っています。

また、特養やグループホーム等に入所して、最後に救急車で搬送されて死亡確認ということがなるべくないように、暮らしの場というか生活の場で看取りを推進する事業を昨年から力を入れ、プロジェクトとして始めています。単に施設として括るのではなく、自宅も含めて、暮らしの場での看取りを推進するという形にならないと、現状ではなかなか難しい。

病院死が少し下がり、在宅死は横並び、施設での死が少し上がってきていますが、亡くなり方がひどかったら困るので、看取りの質を上げていくことに取り組んでいる最中です。

医師 日本人の場合、医療施設で亡くなっている人が多く、それを施設も含めて生活の場に転換していこうというときに、人が死んでいく場面をイメージできなくなったことは非常に重要な問題だと思います。医療者も地域住民も、病院に行けば死なないという幻想を持っている人は少なくありません。

人は必ず死ぬということを、どのようにすれば、みんなが認識するようになるのか。そういう意味では、地域の中での看取りは、やはり死を意識させることが非常に重要です。特に独居の看取り、そして看取りができる「まちづくり、を行う上で

も、重要なことだと思っています。

医師 本人の意思すなわちリビングウイル、そして平穏死の理解、これが今日のテーマをしめくくるキーワードではないかと私は思います。

ところが、本人の意思を大事にすると言いながら、全く反対の方向に行っていることをお伝えします。日本救急医学会は、本人の意思を表明することに反対しています。平穏死も反対しています。これが今の公式見解で、医者が決めるんだというのが救急医学会等の判断です。

都市部の在宅死の半数は、孤独死です。死後1～2週間経って発見されます。自宅でも施設でもあるいは独居でも、看取るといながら救急搬送されることもあります。病院こそ孤独死、これも一理あります。

これまで独居の方でも普通に看取ってきましたが、何故できていたのかというと24時間定期巡回型を使っています。そして、もしも朝死んでいたら、これは幸せな大往生だという認識を皆で共有していますので、これまで全く問題なく看取りができています。

さて現在、各医学会から終末期医療のガイドラインが出ています。独居率が30%から40%、50%になっていく中で、独居高齢者の在宅看取りに関する文言を入れるべきですが、どこにも入っていません。想定していないんです。これだけたくさん学会があるのに、誰も想定していない。さらにいえば、地域包括ケアの概念の中にも、独居高齢者の看取りの文言がどこにも出てこない。おかしな話です。

いろいろな地域差が当然あるかと思えますけれど、そんな現状の中、独居高齢者の看取りについて、平穏死について、もっと周知させていかなければなりません。本人の意思がいかに大事かを理解してもらわなければなりません。看取りに関する法律に対する誤解も早急に解く必要があります。こんな現状だからこそ、このプロジェクトの存在価値があると思います。演劇をはじめ、ミーティングや研修会、講演会などを開催しながら、多職種はもちろん、一般の方々に、もっともっと知っていただく必要があると思っています。



「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」 プロジェクト 2018

●発行●

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」プロジェクトチーム
特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

●連絡先●

特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
〒652-0035 神戸市兵庫区西多聞通 1-3-30-402
TEL: 078-335-8668 (水曜日を除く平日 9:30 ~ 16:00)
FAX: 078-335-8669 E-mail: kobe@hospice.jp

●制作●

健康と良い友だち社
〒141-0032 東京都品川区大崎 4-3-1
TEL: 03-5437-1055 FAX: 03-5437-1056

2018年5月25日 第1刷発行

※この冊子は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の在宅医療助成を受けて作成しました。
※本書の内容の無断掲載、複製・複写（コピー）、翻訳等を禁じます。
