

# 令和2年度第1回地域包括ケアネットワーク研修会 シンポジウム 在宅・施設看取りを考える

2020年8月5日 18:30~20:30  
さくらホール 中ホール

## はじめに

北上済生会病院/在宅きたかみ 柴内一夫

みなさんこんばんは。今、在宅や施設看取りが増えています。本人の意向が治療やケアのみならず、最期の過ごし方まで尊重されるようになってきました。これは人生会議（ACP）として周知されてきています。また個人や施設だけではなく、地域全体が地域共生社会として様々な取り組みを経て整備されていく必要があります。本人の意向や地域の体制については割愛します。

このシンポジウムの目的は、みなさんと考えていくということで、希望する場所で穏やかな望ましい最期を迎えられるためにみなさんと考えていくことを願っています。ポイントとなるのは救急隊、消防の方に参加していただいて救急搬送への理解を共有しつつ、多種職との連携を進めることを目指しています。

背景
今後

在宅・施設看取り ⇒ 増える

本人の意向 ⇒ 尊重 人生会議（ACP）

地域の体制 ⇒ 整える 地域共生社会

目的
みなさんと考えていく

希望する場所で  
穏やかな  
望ましい最期を迎えられるために

POINT 救急搬送への理解

最初は高齢化についてです。日本は世界トップ10の中でもダントツで、超高齢化の国です。世界は共に老いて高齢化が進んでしまいます。



日本は全世界が高齢化を迎えるような価値観の大転換を伴う壮大な社会実験を引っ張っていくという立ち位置にあります。

こちらは北上市の話です。2015年を100として見ると介護需要は年々伸びていきます。

## 医療介護 需要 予測指数 (2015年実績=100)



次に多死社会についてです。亡くなる方が増えてきていて、2017年から北上市でも年間1000人を超えました。全国の死亡数及び死亡率を見ると赤いところが75歳以上の方が亡くなっている割合です。年を追うごとにその数と割合が大きくなってきています。

## 死亡数(年齢区分)及び死亡率 年次推移 0-14歳、15-64歳、65-74歳、75歳以上 (全国)



BBC ニュースによると、あちらでは認知症が最大の死因となっているということです。昔ターミナルケアと言っていた用語は緩和ケアと変わりまして、認知症は緩和ケアの重要増大の主要因であり、認知症患者への地域ケアの改善が、緊急治療への依存を減少させる可能性があるという報告されました。

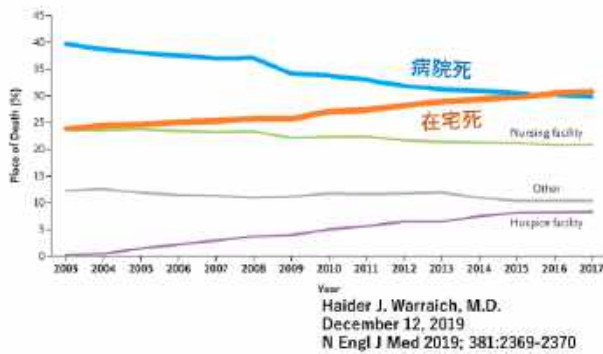
では最期の場所についてです。灰色の部分病院で亡くなる方、赤が老人ホームで亡くなる方です。だんだん増えてきています。

### 死亡の場所別にみた年次別死亡数（全国）



アメリカでは、病院で亡くなる方は減ってきていて、在宅で亡くなる方が増えてきています。

### 在宅死が病院死を上回る（米国）



こちらは北上市の在宅死と老人ホーム死の年次推移です。

北上市は在宅死の割合が県内最上位ですが、老人ホームで亡くなる方の割合が高くなってきている状況です。同じ割合のスケールである田野畑村では老人ホームで亡くなる方の割合が高くなって

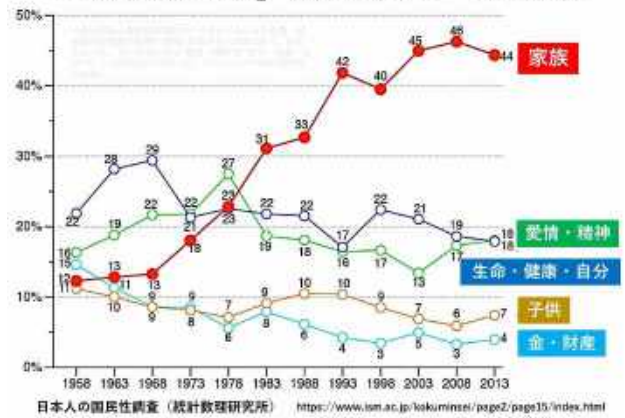
### 在宅死 老人ホーム死（北上市）年次推移



います。なぜ田野畑村の老人ホーム死の割合が高いのか、田野畑村にメールで伺ったところとても丁寧に教えていただきました。一つは契約をしっかりと取り交わしていること。もう一つは24時間体制で看取りを行っていること、とのこと。嘱託医の意見として、ご家族間の意向として大切なこととしては、「特養は、自分の家の延長である」という取り組みをしていると挙げられました。

続いて家族。これは国民性の調査で「一番大切なもの」は何ですか？というアンケート調査をしたところ、家族と答えた方が最も多くいらっしゃいました。昔はお金を選んでいる方も結構いたのですが、最近は家族を選ぶ方が多いです。

### 「一番大切なもの」は何ですか？ 年次推移



在宅看取りの問題として、本人家族が納得して見守っているところに遠くの親戚の方がやってきて、「こんなに悪いのに家に置いて！」や「なんで救急車を呼ばないんだ！」と怒鳴り、慌てて救急車を要請してしまう。これを「遠くの親戚問題」として、予め説明しておくのが大事とされています。論文にもなっていて、東京にいる息子症候群として日ごろ看病してこなかった自責の念が原因とされています。

### 在宅看取り

（本人家族が納得しても）突然現れる「遠くの親戚」  
「こんな悪いのに家に置いて！」  
「なんで救急車を呼ばないんだ！」

と言って、家族やケアマネを怒鳴り、慌てて救急車を要請する。⇨ 予め「遠くの親戚問題」も話しておく。

「遠くの親戚が来て怒鳴っても慌てないようにね」  
「本人と家族が決めたことと、ちゃんと説明してね」

### Daughter from California syndrome

Decision making in the incompetent elderly: "The Daughter from California syndrome". (Malkin DW, et al. J Am Geriatr Soc. 1981)  
東京にいる息子症候群 日ごろ看病してこなかった自責の念が原因

心づもりのまち北上。これは岩手県立中部病院の星野医師が提唱されています。

多死社会の到来に備えるために最も必要なのは、社会が「老いる」ことを理解し、「死ぬ」ことを受け入れ、自分にとって、家族にとって、そして社会にとって「望ましい死」とは何かに思いを致すことであるとご提唱されています。そのきっかけとして、北上市発行のわたしのきぼうノートを役立てていただければと思います。

多死社会の到来に備えるために最も必要なのは、社会が「老いる」ことを理解し、「死ぬ」ことを受け入れ、自分にとって、家族にとって、そして社会にとって「望ましい死」とは何かに思いを致すことである。

藤和彦 多死社会の到来による価値変容に応じたシステム構築の必要性 経済産業研究所



わたしのきぼうノートをその「きっかけ」にお役立てください！

こころちゃん 北上市発行 わたしのきぼうノート マスコットキャラクター

今後気を付けなければいけないことは、私たち専門職の誰か、あるいはどこか施設が犠牲を受けてはならないということです。

最後に自分が幸福か不幸かを選んでもらうと、幸福を選んだ人は1958年が81%、2013年は94%。老いも若きも男性も女性も幸せと答えた方が増えていること。これはすばらしいことだと思っています。

ひとくちでいえば  
自分が「幸福(まあまあ、ふつうをふくむ)」「か」不幸(幸福でない)「か」を選んでもらったところ



シンポジストのおひとりである山岡豊さんの「地域で穏やかに人生を完結する」というお言葉にて私のセッションを終えたいと思います。ありがとうございました。

「住み慣れた場所で最期まで過ごすために」  
ホームケアクリニックえん  
緩和ケア認定看護師 高橋美保

訪問看護利用者の  
救急搬送と検案

(介護保険前)

- ・ 訪問診療や往診医が少ない
  - ・ 必要時の通院と訪問看護、介護で療養
- ↓
- ・ 看取りのための救急搬送
  - ・ 状態が徐々に低下する中でも予期せず亡くなった場合→警察や医師による検案  
ご家族・関係者の事情聴取

最期まで望む場所での生活のお手伝いをしたいと平成7年から訪問看護師として在宅の場でお仕事をさせていただいております。現在は訪問診療をしているクリニックに勤務をしながら、感じていることを在宅医療の現場の立場でお話をさせていただきます。

昔の話で恐縮なのですが、少し前訪問看護をしていた地域では訪問診療や往診をしてくださる先生が少なく、必要時の通院と訪問看護で対応していました。介護も現在より少ない状況で支援する状況でした。看取りが近くなると死亡診断書を作成するために救急搬送しなければならず、予期せず亡くなった場合は救急車では搬送できないため検案となります。この際警察の方よりご家族や関係者に事情聴取があるのですが、これまで熱心に介護されてきたご家族がお話を聞かれるということで、辛い思いをされる場面に何度も立ち会ってきました。

Saundersは「私たちは最後の苦痛の性質とその対処について十分に知る必要がある。最後の数時間に起こったことが、残される家族に心の癒しにも、悲観の回復の妨げもなるのだから。」と話されています。

どうしたら人は最後まで穏やかに過ごせるだろうか？自分の大事な祖母を亡くしたことがきっかけでありましたが、地域の中で訪問看護の立場からいつでも相談できるクリニックが必要だと感じようになり、平成25年よりホームケアクリニックえんで働き始めました。当院は機能強化型在宅療養支援診療所として、訪問診療を主に行うクリニックです。通院が困難になり、在宅や居住施設で療養されている方へ定期的に診察を行って治療を継続しています。毎月150~160名ほどの患

者さんに 24 時間 365 日対応を医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、事務のみなんでサービスを提供しています。



これまで 876 名の方に関わらせていただきましたが、最近では市内の病院や開業医の先生から紹介を受けることが多くなってきています。



患者さんの疾患内訳は癌の方が 35% ですが、加齢に伴う疾患の方が多く特に複数の病気を抱えている方がほとんどです。



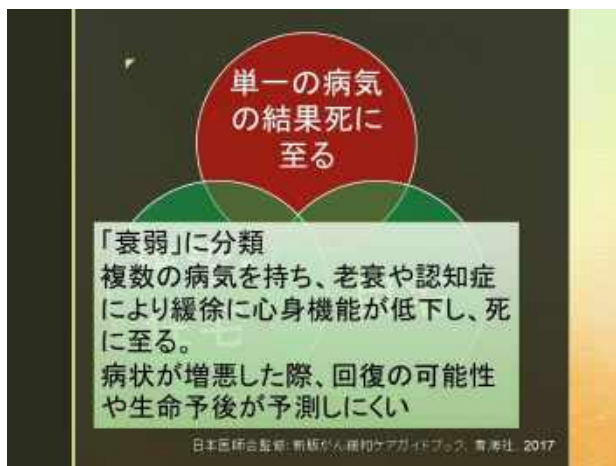
これまで 559 名の方とお別れをしています。最近では以前関わらせていただいたご家族から、今度は別の家族の対応をしてほしいとお話しされるこ

とも多くなってきました。死因としては癌、老衰の方で四分の三を占める状態です。



人が最期を迎える場合は病院、自宅、施設があります。私たちクリニックからは生活の場である施設と自宅に訪問しています。これはがん緩和ケアガイドブックから掲載した図ですが、生活の場では徐々に心身機能が低下し複数の疾患を抱えていることから、病状が悪くなった時に回復の可能性や生命予後が予測しにくいと言われています。

これにより本人やご家族の気持ちも今後のことについて考えることが難しい状況が出てきます。

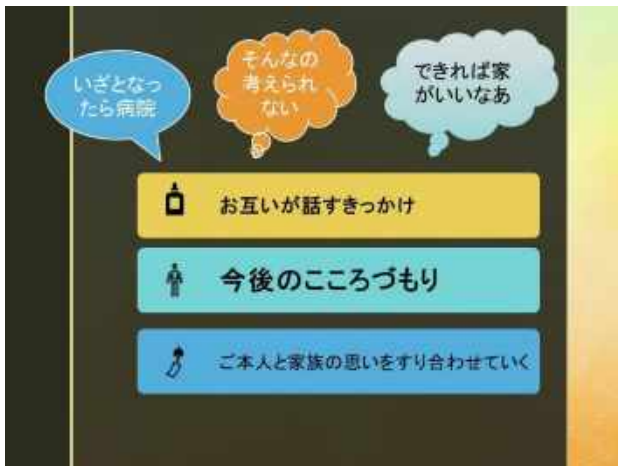


そこで当院は訪問診療開始時より、ソーシャルワーカーをはじめ初回診療時または診察の都度本人やご家族の意向を伺っています。内容については患者さんごとに違いはありますが、「病気をどうとらえているか?」「状態が悪くなった時どうしてほしいか?」「今後の過ごしたい場所はどこか?」などです。

患者さんやご家族は病状の波の中で気持ちが常に揺れ動いています。これからこの話は何度も聴いていくこと、またいつでも変更は可能なことを伝えていきます。

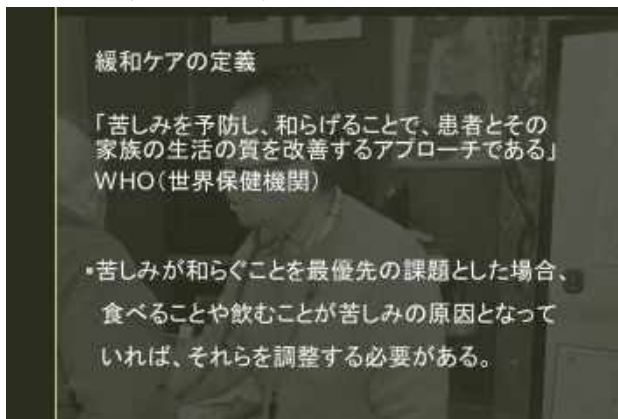
こちらからの問いかけにより、今まで話したいけど面と向かって話せないご家族同士でのきっか

けになったり、考えることを避けてきた今後の心づもりなどお話になっています。また状況が変わる都度お話を聞いていくことで、ご本人とご家族との思いのすり合わせが出来るようになっていきます。



人はいきなり死を迎えるのではなく、徐々に機能が低下して様々な支援が行われる延長線上に看取りがあります。死を逃れることはできませんが、お別れする時間までを辛くなく過ごすことができることは可能と考えています。

ある患者さんのご家族や施設の職員さんよりこの言葉をお聞きすることがあります。そしてこのままではいけない、病院に搬送しなくては、と続きます。この言葉は傍らで看ている側の疑問から不安から来る場合が多いです。

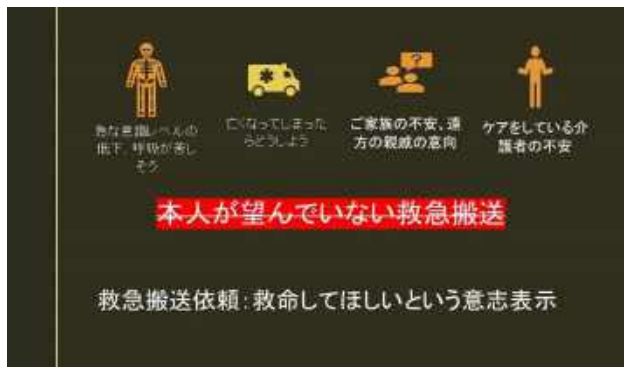


緩和ケアの定義は先程お話の通り、癌の方々の症状緩和のお話だけではありません。目の前の方が辛い思いをしているのであれば、その苦痛を予め予防したり和らげたりする意味があります。医学書のハリソン内科学には、こう記されています。「患者は死につつあるから食べないのであって、食べるのをやめたから死ぬのではないことがわかれば、家族や介護者の不安は軽減する」。もちろん状況により違うことはありますが、家族や介護者の不安がここからきているのだとすれば、私たち

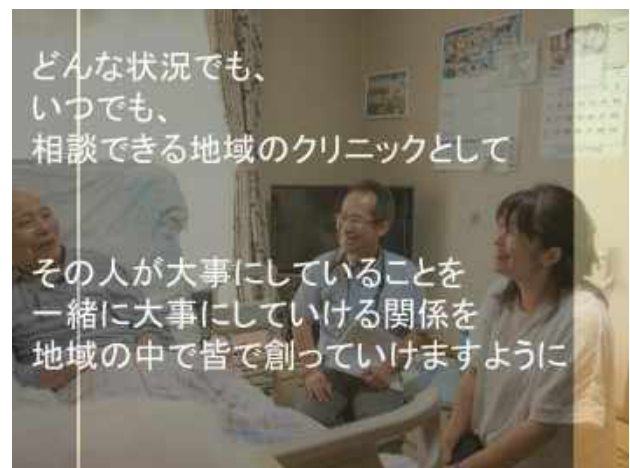
は不安の軽減のためにすることがたくさんあります。

最初にお話しした看取りのための救急搬送、これはどうだったのか。自分たちにできることはなかったのか。改めて今考えています。救急搬送依頼は救命してほしいという意思表示です。周りのご家族や介護の方からの不安から望まない状況になることは出来るだけ少なくしていきたいと考えています。

そのためにはご本人、ご家族、それを取り巻くケア提供者や遠方のご親戚の方も含めてご本人がこれまで大事にしてきた思いをいかに共有できるか考える必要が常に必要だと思います。「以前うちのおじいちゃん看てもらったから今度おばあちゃんを看てもらいたい」そんな言葉が地域の中でたくさん聞くことが出来たら幸いです。



どんな状況でも、いつでも相談できる地域のクリニックとして、一人の大事な思いをみんなで大事に出来るような地域を創っていきたくと考えています。みなさま今後もよろしくお願ひします。



ご清聴ありがとうございました。



夜間複数で付き添われる家族がいた時は職員休憩室に布団を敷き提供しました。CD など好きな曲を流したり、思い出の写真を貼ったりし思い出の品々に囲まれながらそれを見たり触れたりしながら自分のこれまでの人生を振り返る機会になったり、穏やかに最期の時を過ごしていただいております。

#### 4) 環境整備

- ・個室に移動(ゆっくり静養できるよう、他の入居者へ配慮)
- ・ソファベッド設置(家族とゆっくりふれあえるよう)
- ・夜間複数で付き添われる方には職員休憩室に布団を敷いて提供
- ・CDラジカセ等で好きだった曲を流す(家族の協力が必須)
- ・居室に家族や思い出の写真を貼ったり、思い出の品を置いたり

#### 5) 食事

- ・看取り食に変更し、昔好んで召し上がったモノを提供
- ※食器、食事内容、食事量等配慮
- ・経管栄養の場合は、嘱託医と相談しながら注入量を調整



食事は看取り食に変更し、昔好んで召し上がったものを提供するようにしています。食器、食事内容、食事量にも配慮しています。少しでも食べてもらいたいと職員一同頑張りますが、自分だったらどうだろうと考えてもらうのも大切で、こういう状況になったら体が受け付けないということを職員にお話ししています。経管栄養の場合は嘱託医と相談しながら、注入量を調整しています。

平成 30 年度に法が改正されまして、看取り介護体制に関する加算状況が変わりました。見ての通りです。

#### 平成30年4月1日～看取り介護体制に関する加算状況

- ・看取り介護加算(Ⅱ)算定
- ・看護体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ)
- ・夜勤職員配置加算(Ⅲ) 17:00～9:00介護員3人以上、痰吸引可
- ・配置医師緊急対応加算
- ※ショートに関しては夜勤職員配置加算(Ⅰ)

#### 現在の職員体制

- ・看護師 4, 5人(副園長 統括看護師) ・ 准看護師 1人(機能訓練指導員)
- ・介護員 25人(うち産休・育休3人、病休1人) ・ パート 4人(常勤換算1.85人)
- 介護福祉士 : 21人 ・ 医師のケア終了者 : 12人 ※介護員不足はショートで調整すること

看取り介護開始までの流れです。看取り開始時期の判断は嘱託医が医学的見地から回復の見込みがないと判断したとき、あるいは看護師が看取りが近いと判断した場合は嘱託医に相談し、指示を受ける場合があります。

看取り開始までの手順ですが、医師から家族へ病状説明してもらい、その時点で施設で看取り介護を受けるか医療機関に入院するか選択してもらいます。施設での看取り介護を希望された場合は、看護提供責任者(ケアマネ同席)は施設での看取り体制を説明し、看取り介護同意書に記入してもらいます。高齢者は急変され易いため、看取り介

護の同意書は早めに貰うようにしています。これは家族の心構えや準備のためにも同意書は早めの方がいいと思います。

#### 看取り介護開始までの流れ

##### ①看取り開始時期の判断

- ・嘱託医が医学的見地から回復の見込みがないと判断したとき
- ※看護師が看取りが近いと判断した場合は(急変時、夜間時等)嘱託医に相談、指示を受ける

##### ②看取り開始までの手順

- ・医師から家族へ説明:看護提供責任者を通して家族に連絡、日程調整、医師から家族へ説明(家族は説明を受けた上で、施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択)
- ・施設での看取り介護を希望された場合
- ・看護提供責任者(ケアマネ同席)は施設での看取り体制について説明(看取り介護同意書に記入・印)
- ※高齢者は急変され易いため、看取り介護の同意書は早めに貰うようにしている
- ・家族の心構え、準備の為に同意書は早めがいいか……

##### ③看取り介護の実施

- ・看取り介護についての希望を伺い、看取り介護ケアプラン作成実施(全職員の協力)

看取り介護の手順ですが、施設の全職員は利用者が尊厳を持つ一人の人間として、安らかに死を迎えることが出来るようまた利用者又は家族の支えとなり得る身体的・精神的支援に務めています。具体的支援では栄養と水分として身体状況に応じた食事や好みのモノを提供しています。

##### ③看取り介護の実施

- ・個室対応
- ・医師、看護師、介護職員等が共同で週1回以上家族へ病状説明し意向を確認する(面会時)
- ・施設的全職員は利用者が尊厳を持つ1人の人間として、安らかに死を迎えることが出来るよう
- また利用者又は家族の支えとなり得る身体的・精神的支援に務める

##### ④具体的支援

- ・栄養と水分:身体状況に応じた食事や好みのモノを提供
- ・清潔 深:可能な限り入浴を行い、清潔保持と感染予防に務める
- ・苦痛の緩和
- 身体的苦痛の緩和:身体状況に応じた安楽な体位の工夫、疼痛緩和(看取り介護中褥瘡の発生無し)
- 精神的苦痛の緩和:体に触れての声掛け、好みの音楽を流す、思い出の写真やモノを飾る
- ぬいぐるみを身近に置いたり、一人ではないという安心感が必須か……
- ※家族の面会、声掛けが最高のお見舞い、励みになる
- ※施設の行事には出来るだけ参加してもらい、食事も食堂ホールで皆さんと一緒に召し上がってもらい
- 普段と変わらない生活、一人ではないという安心感につながるか……

現在看取り介護の方が 3 人いらっしゃいます。1 人の方は元気なころ毎晩晩酌をしていたということで家族がお酒を持ってきてくれました。お酒にとろみをつけて摂取してもらっています。私が帰るときに声がけするとほろ酔い気分でお酒を飲みだしてから少し元気になられた感じがします。お風呂は可能な限り実施しています。あとは苦痛の緩和ということで看取り介護を実施してから褥瘡が出来たという方はいません。その点はうちの職員は素晴らしいなと思っています。精神的苦痛については声がけを頻繁に行っており、1 人ではないという安心感が重要です。家族の面会、声がけが最高のお見舞い、励みになると思いますし、施設の行事には出来るだけ参加してもらい、食事も食堂ホールで皆さんと一緒に召し上がってもらっています。普段と変わらない、1 人ではないという安心感に繋がるとなっています。

看取り後です。嘱託医による死亡確認。現在は深夜早朝関係なく先生に連絡し来てもらっています。これは今後検討が必要だと思っています。エンゼルケアに関してお化粧品はなるべく家族にお願い

いています。お別れ会を施設で行いますので、そのあとのことは相談員が家族に説明しています。夜間 20 時以降の死亡については、家族の意向を確認後、翌日の朝にお別れ会を実施しています。火葬、葬儀には職員が参列し弔辞も読ませていただいております。

#### 看取り後(死亡後)

- ・嘱託医による死亡確認
- ・看護師、介護員によるエンゼルケアの実施
- ・お化粧はなるべく家族にお願いしている
- ・家族にこれからの流れについて説明(相談員)  
お別れ会、帰宅方法・遺体の安置場所等確認、葬儀日程等は後日連絡してもらう  
※夜間20時以降の死亡については、家族の意向を確認後、翌日お別れ会を実施
- ・火葬、葬儀に参列(弔辞は職員代表として担当)

#### 看取りの振り返り

看取り介護終了評価表・意見書に各自記入して貰う(全職種)

・手を握る事は大切な事だと思った・終末期を迎えたからではなく日々しっかり向き合い、悔いの残らないような介護をしたい・病院では「肉体的(家族では「精神的」なケアが出来る。施設ではプロとして「精神的なケアも肉体的なケア」も出来る、一番良いケアが出来ると思った。

看取りの振り返りとして、看取り介護終了評価表・意見書に各自記入してもらっています。様々な意見を聞くことが出来ます。

グリーフケアです。相談員を中心に、1年後の命日にお墓参りしています。これで看取り介護が終了となります。

#### グリーフケア

相談員を中心に、1年後の命日にお墓参り  
.....看取り介護終了.....

#### 〈課題〉

1. 看取り教育：職員の異動、退職により職員が入れ替わるため、看取り介護に対する温度差があるか  
施設における看取り介護の考え方から教育するため新人研修で実施  
昨年までは永昌寺住職による死生観等の講話をお願いしていたが、コロナの影響で実施出来ず  
看取りに関する研修の機会が少ない、自己研鑽したいという職員が少ないか
2. 夜間急変時(死亡時)の対応について  
現在は深夜、早朝関係なく嘱託医に連絡しているが、いつまでこの状態が続けられるか...救急車も検討？  
北上市老人福祉施設連絡会でも話題に...嘱託医の年齢、体調等も配慮し今後検討予定
3. 看取り介護の同意書について、入居契約時にもう一度確認もある。  
高齢者は急変しやすいため今後要検討か

課題として看取り教育は職員の異動、退職により職員が入れ替わるため、看取り介護に対する温度差があると思っていましたが、本日開催された夏祭りの時に利用者につき添っている職員を見て、その温度差はかなり縮まっているなど思いました。

施設における看取り介護の考え方から教育する必要があるため新人研修で実施しています。昨年までは永昌寺住職による死生観等の講話をお願いしていましたが、今年はコロナの影響で出来ないので、私のつたない話をしました。看取りに関する研修の機会が少ないと思います。夜間急変時に対する対応についてですが、嘱託医のことも考えるといつまでもこの状態でもいいのかなど不安なところです。北上市の老人施設連絡会の方でもこういうことが話題になり、今後検討予定です。

看取り介護の同意書について、入居契約時に貰う施設もあるようなのでこちらも要検討だと思っていました。

#### 職員、入居者のメンタルケア

##### ・入居者もお別れ会に参加

施設でのお別れ会に参加し、共に過ごした仲間の死を悼み別れを告げることで、自分の最後の時を想像し、死の受容の前段階になるのでは...

##### ・職員はお別れ会、火葬、葬儀に参列

弔辞を書く際、職員からエピソードを聞く事で職員のメンタルケアにもなっているか...

火葬、葬儀に参列することでその方の思い出を振り返り、死を悼み、家族と悲しみを共有することがメンタルケア、死生観の育成にも繋がるか...

##### ・看取り後の振り返りもメンタルケアに繋がるか...

看取り介護終了評価表・意見書に記入する際、他の職員の意見を目にする事で自己成長にも繋がるか...

職員、入居者のメンタルケアは、お別れ会に参加したり、火葬・葬儀に参列することがメンタルケアにもなっていると思います。入居者にはお別れ会に参加していただき、共に過ごした仲間の死を悼み、別れを告げることで、自分の最期の時を想像し死の受容の前段階になるのではと思っています。





119番を一手に引き受けます。そして出動指令が  
かかり、北上消防署に連絡が来て北上の救急隊が  
患者の家に行きます。そして病院に搬送するとい  
う流れになっています。



ポイントとして3つの消防署でやっているの  
で、北上の職員が119番通報取ることもありま  
すが、取らないこともあります。盛岡消防の職  
員が北上地区の通報を取るの  
で、北上に詳しくない場合もある  
ので住所を詳しく伝えていただ  
きたいと思  
います。慌てていると詳しく言  
えないことがあるので、目印に  
なるものや住所をしっかりと伝  
えてください。人の命を助ける  
ということで出動しています。通  
信指令室から口頭指導というの  
があります。「心臓マッサージ出  
来ますか?」「止血出来ますか?  
」など指導する取り組みも行っ  
ています。

在宅医療との関わりです。在宅の問題として  
DNAR問題が挙げられると思  
います。

DNARとは心肺蘇生拒否と訳されます。ACPは  
聞きなれない言葉ですが人生会議という愛称が  
あり、人生の最終段階における医療・ケアにつ  
いて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰  
り返し話し合う取り組みです。この中に心肺蘇  
生法を拒否する傷病者が存在します。

我々消防署はお恥ずかしい話、最近こうい  
った話があると気づかされました。消防署は  
助ける、救える命を救う使命をしています  
ので、少しでも可能性があれば年齢、病歴、  
本人の状況関係なく全力投球で助けるとい  
う集団です。心肺蘇生を拒

否する方がいるのか、医療介護の現場と救急  
とは温度差があると感じています。

DNARと消防とのかかわりですが、問題にな  
ってくるのは法律の壁です。心肺蘇生法を実  
施しないで傷病者を医療機関へ搬送するとい  
うことは法律上認められていません。消防法  
第2条9項、応急処置等の基準第3条、救急  
業務実施基準第19条などです。

救急業務実施基準第19条は、我々が患者さん  
が死亡していると判断していい基準になります。  
(1)意識レベルがJCS300であること。(2)呼吸が  
全く感じられないこと。(3)総頸動脈で脈拍が全  
く触知できないこと。(4)瞳孔の散大が認められ、  
対光反射が全くないこと。(5)体温が感ぜられず、  
冷感が認められること。(6)死後硬直又は死斑が認  
められること。の6つです。すべて該当した場合  
にあきらかな死亡とし、救急隊が搬送しなくて  
いいということになります。応急手当をなさ  
い、病院に運びなさいということで、心肺蘇  
生法を実施しないで傷病者を医療機関に搬送  
することは法律で認められていません。

そこで救急現場で起こるDNARの問題です。  
救急要請があれば、救急隊は原則傷病者を医  
療機関に搬送しなければなりません。アンケ  
ートをとめたものです。家族的要因として「  
心肺蘇生法を実施しないで、病院へ搬送して  
ほしい」ということがよくあります。「(救急  
要請後に)DNARだし、やっぱり搬送しな  
くていいです」「家族、親族間で意見が食  
い違っている」「かかりつけ病院から

救急車で来てって言われた」「DNAR だし、自宅内での死亡のため警察に電話したら救急車を呼ばれた」「DNAR の話は聞いているが、心変わりした」というパターンがあります。医療機関の要因として「DNAR だから、搬送しなくていい」「DNAR だから、何もしないで搬送してきて」「かかりつけ医に引き継いでくれ」「かかりつけ医が対応できるが、現場到着まで時間がかかる」ということもあります。救急隊の要因として「現場到着時、呼吸状態が悪く搬送途上に CPA になった」という場合 DNAR 対応に移行すればいいのかぼんやりしています。介護施設的要因として「DNAR に関する対応（体制）が決まっていない」「何かあれば救急車を要請するように決まっている」ということで救急隊が現場で苦慮する事案が発生しています。救急隊も出来ることと出来ないことがあり、すべてお任せというのは難しいです。救急隊も完ぺきではないということをご認識してください。

### 救急現場で起こるDNAR的問題

救急要請があれば、救急隊は原則救急車を運送機関へ搬送しなければなりません。

**家族的要因**

- 「心肺蘇生法を実施しないで、病院へ搬送してほしい。」
- 「（救急要請後に）DNARだし、やっぱり搬送しなくていいです。」
- 「家族、親族間で、意見が食い違っている。」
- 「かかりつけ病院から救急車で来てって言われた。」
- 「DNARだし、自宅内での死亡のため警察に電話したら救急車を呼ばれた。」
- 「DNARの話は聞いているが、心変わりした。」

**医療機関的要因**

- 「DNARだから、搬送しなくていい。」
- 「DNARだから、何もしないで搬送してきて。」
- 「かかりつけ医に引き継いでくれ。」
- 「かかりつけ医が対応できるが、現場到着まで時間がかかる。」

**救急隊的要因**

- 「現場到着時、呼吸状態が悪く搬送途上にCPAになった。」⇒DNAR対応に移行？

**介護施設的要因**

- 「DNARに関する対応（体制）が決まっていない。」
- 「何かあれば救急車を要請するように決まっている。」

次はメディカルコントロール協議会のお話です。これは救急救命士が実施する医療行為について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、医療行為の質を保証する体制を意味するものです。地域の病院前医療体制の充実のための必須要件であります。人生の最終段階における医療のガイドラインやシステムを色々な機関が提言しているのでまとめました。

### メディカルコントロール協議会

病院前医療におけるメディカルコントロール（MC）体制  
（検討報告書より抜粋）

救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間、救急救命士等が実施する医療行為について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、これらの医療行為の質を保証する体制を意味するものであり、傷病者の救命率の向上や、合併症の発生率の低下等の向上を目的として、救急救命士を含めた救急隊員による活動の質を保証するものであることから、地域の病院前医療体制の充実のための必須要件である。

**MC協議会の役割**

救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事理検証に必要な措置に関する調整や研修等に関する調整などいかなる救急業務の高度化を図るための業務、救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整などを行うことを通じて、地域にMC体制を構築することである。更に平成21年の消防法改正により、救急搬送・搬入に関与する協議会を義務している地域もあり、救急業務全般について医学的側面からの質の向上を図り、地域の救急医療体制を構築するための協議会としての役割が求められるようになってきた。

日本臨床救急医学会では、人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言を出しました。総務省消防庁や東京消防庁でも出しています。東京消防庁は令和元年12月からマニュアルを運用しています。救急は一步遅れていると感じています。医療倫理の四原則が基になっていると今年の勉強会でお伺いしました。昔から医療業界で言われていたのですが、救急救命士のテキストでは2006年くらいから記載され始め、わからない救命士もいます。救急救命士には自律性の尊重などは勉強してこなかったという歴史、背景があります。


まとめです。救急車を要請すれば、救急隊は救命処置を実施して医療機関へ搬送することが決まっています。

### まとめ

- 救急車を要請すれば、救急隊は救命処置を実施して医療機関へ搬送することが決められている。
- 救急現場では時間的、情理的に制約があり救急隊は苦慮する。
- DNARの現場において、家族、医療、司法、行政、倫理が複雑に絡み合っていて状況は千差万別。しかし、求められる千差万別の対応、臨機応変、柔軟に・・・、法的紛争は回避したい。根拠が必要。

救急要請とは、「救命医療」を要請するという意味として捉え、関係機関などは共通認識を持つことが重要であると考えます。

消防職員は、住民の生命、身体、財産を守るという使命感を教育されているため、救急現場においては多角的に物事を捉え、考え、柔軟に対応できることが望まれ、職員のスキルアップや教育の必要性も重要であると思えます。



DNARの現場において、家族、医療、司法、行政、倫理が複雑に絡み合ってしまう状況は千差万別ですが、求められる対応は千差万別の対応です。救急要請は「救命医療」を要請するという意味として捉え、関係機関などは共通認識を持つことが重要であると考えます。他の地域ではルール化しているところもありますが、すぐルール化することは難しいと考えています。我々も教育が必要だと感じます。何でもかんでも「助けたい」という熱い気持ちがありますが、複雑多様化する救急現場なので多角的に物事を捉え、考え、柔軟に対応できることが望まれ、職員のスキルアップや教育の必要性も重要であると思えます。素晴らしい体制が消防と医療機関に確立されていますので、こういった体制を上手に活用することで、ルール化を図りみなさまが感じているモヤモヤを減らし、現場活動に役立てると考えています。

ご清聴ありがとうございました。

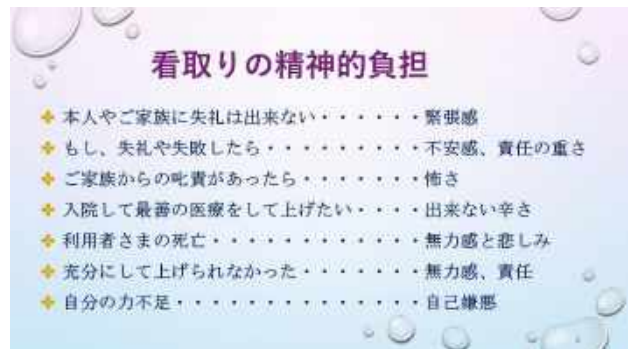
## 「看取りの不安と悩みそして北上市での看取り」 社会福祉法人清智会 理事長 山岡豊

今日お話しする2つのテーマです。1つはさくら爽の中を見て看取りケアの不安と悩みです。看取りケアは責任が重く精神的に負担が多いケアです。どうすればもっと気持ちが落ち着き、穏やかな気持ちでお別れのケアが出来るか心の負担軽減を考えてみます。2つめは北上市の看取りケアについてです。現状の良いところ、悪いところ、足りないところ、心配なところをみてみます。

施設概要です。さくら爽はこの1年間38名の看取りがありました。ほとんどが老衰、あるいはたくさんの持病を持った人の進行や脳梗塞などです。施設は長期170床、短期10床。職員は介護職86名、看護15名、リハビリ3名、管理栄養士2名、相談ケアマネ6名、常勤医師2名、嘱託医師2名で全職種が看取りに関わります。さくら爽の特色は協力医療機関の中部病院、済生会病院に加えて医療連携を強めるために、美山病院・美希病院、宝陽病院等を運営する啓愛会グループに入れていただき、患者支援、医師支援、職員支援を受ける体制があります。

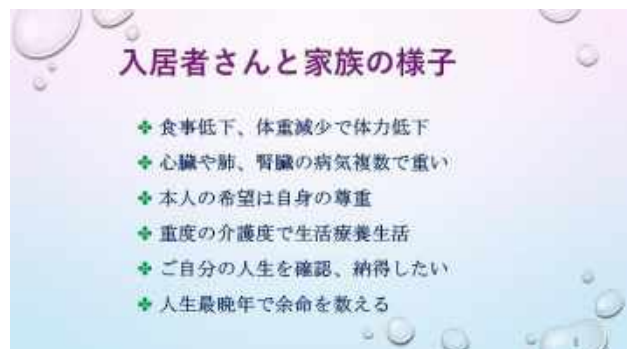


看取りは日常ケアの延長線上にあると言われますが、看取りケアのプランに入るととても緊張し、改めて心の切り替えが必要です。負担の心の変化はどのようなものか。本人やご家族に失礼は出来ないという緊張感。もし失敗したらという不安感、責任の重さ。ご家族の叱責にあったらという怖さ。入院して最善の医療をしてあげたい、でも出来ないという辛さ。利用者さまの死亡は悲しみの極みです。充分にしてあげられなかったという無力感、責任感。自分の力不足を痛感して自己嫌悪にもなります。



また苦痛が取れなかった事実、家に帰りたと言っていた様子、これらの心の負担は多くありますが、一方でこれらの緊張感、不安、責任感はとても大切な気持ちで緊張と不安は良い介護に繋がります。責任を感じて工夫して考えたケアが出来ます。亡くなった時の無力感、自己嫌悪は精一杯ケアをした証でもあります。負担の原因はこれらの気持ちを過度に考え思い詰めているところです。

入居者の医療です。状況の変化があった時、まず診察をして通院や治療が必要か診て治療を開始します。ここで大切なのは家族への繰り返し説明することと電話での病状報告です。病状報告をすることでご家族と職員の不安解消と、病状が重くなっていく経過への理解に繋がります。そして回復困難と診断された場合には看取り面談になります。あとひと月かなと思われたときに看取りケアに切り替えます。施設では看取りの判断は医師が回診時に行うよりも、日々本人やご家族を見ている介護、リハ、相談などの職員から看取りケアプランへの変更を常勤医師に相談することが多いのが現状です。なお繰り返しの病状説明により、看取り面談で入院希望する方は少ないです。



そして私たちのすべきことは、本人・家族のそばで喜んでいただけるケアを実践することです。

血圧測定はどうする？体位交換、リハ、入浴、声かけはどうするなど、心残りはないのかしらと実際に行動に移すことです。

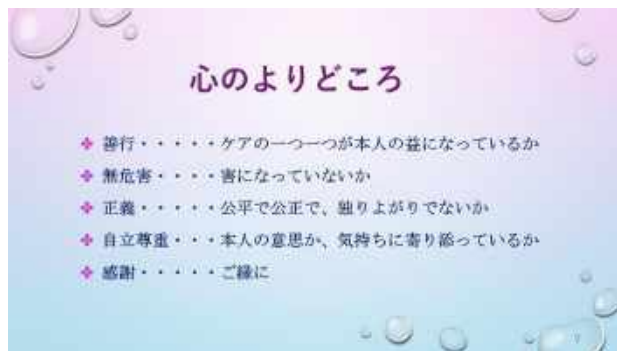
不安な思いを少し抑えて冷静に入居者さんの状況を見てみると、特養入居者さんの多くは、食事の低下、体重減少で体力の低下がみられます。心臓や肺、腎臓の複数の病気を持っています。重度の介護で療養生活も長い。本人の希望は、私の自由、私の時間、私のペースで生活をしたいという望みが多いです。そしてご自分の人生が有意義だったと満足したいと確認したい、納得したいという思いが強いのと思います。いずれにしても人生の最晩年、余命を数える時期にいる利用者さんが多いです。



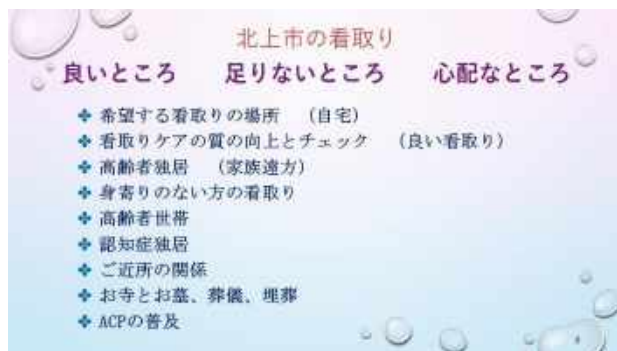
看取りケアと私たちの役割です。私たちの出会いは入居したときが初めてです。ご本人の長い人生の最晩年の一時期です。そして数年間の療養生活を支えて看取りケアで深いかかわりを持ちます。看取り後の面談は一日一日のケアを大切に、ご家族は思い出と感謝の気持ちで看取りの心構えが始まります。

そして病状が進行し、あと1日もしくは半日もつかないと臨死期のケアは時間のケアになります。ケアの最後、ご本人の人生の完成、生の全うを迎えます。ご家族はお別れの受け入れをすることになります。ご本人が亡くなった後、ご家族の心、職員の心に利用者さんの様々な思いが残り、利用者さんは死後の生を生きることになります。私たちの役割は専門職として冷静さを保ち、立派な人生を歩まれたご本人とそれを支えた家族へと敬意をお伝えするケアになります。

我々の心のよりどころになるのは、ケアの一つ一つが本人の利益になっているか、害になっていないか、公平で公正で、独りよがりでないか、本人の意思なのか、気持ちに寄り添っているか、人生の最期を迎える晩年にお会い出来たご縁に感謝をしているか、看取りで悩んだ時の振り返る心のよりどころにしています。



施設の中から北上市を見た時の、北上市の看取りの良いところ、足りないところ、心配なところです。看取りをする場所です。6割の人が自宅で亡くなりたいという希望があって2割前後の人が自宅で亡くなります。



なぜ自宅で亡くなりたいのか。自宅で亡くなりたいその心の奥は色々なものがあり、そこを考えて看取りが施設で行われる時自宅で看取られたいという気持ちに合わせた看取りが出来ないのか。看取りケアの質の向上とチェックです。標準的なのは施設で行う看取りケアプランで、様々な施設で看取るときにプランがなくていいのか。なければプランを作るのが目的ではないのでそれでもいいが、チェックはどうするのか、喜ばれる看取り、良い看取り。上の2つは現場で考えなければならぬところです。

次の高齢者独居の看取り、身寄りのない方の看取り、高齢者世帯の看取り、認知症独居の看取り、これは社会の問題です。本来ここは行政がリーダーシップをとって進んでいくことになると思います。残りは本人、ご家族問題です。ご近所との関係、お寺とお墓、葬儀、埋葬の課題。亡くなった時になかなか葬儀の日程が決まらなかったということがあります。北上市のころづもりノートの普及はこれからだと思っています。北上市の課題、大きく分けて現場の課題、社会の課題、そして家族の課題。これをどうするかみんなで考えるということは合いません。みんなって誰？となるから。リーダーが先導し良い方向にもっていくことが望まれています。

ご清聴ありがとうございました。

## <ディスカッション>

**柴内:** それでは私からみなさんに質問させていただきます。参加者のみなさまからもご質問いただきたいと思います。時間がありましたら、みなさんの質問もシンポジストのみなさんにお聞きしたいと思います。それでは最初に森さんと高橋智子さんに伺いたいと思います。森さんの発表にもありましたが、救急車を呼ぶ件数が増えているのが主に高齢者、しかも軽症が多くその原因の1つとして施設で夜中に急変したときに誰もついていく方がいないので救急車を呼ぶという現状がある。その一方で救急医療側からすると救急要請から搬送されるまでの時間が少しでも短い方が救命率が上がるということもあります。本人の意向を確認するのに十分な時間をかけていられないという面もあると思います。そこら辺はデリケートな部分ですが、その点について森さんいかがですか？

**森:** 確かに救急件数は年々増え続けています。救急車を呼ぶ理由はそれぞれあると思いますが、20年前は約1800件、北上市の人口は今と変わりませんが、現在は3900件ということで、救急車を呼ぶ側のモラルにゆだねられている部分があり、適正量ということで本当に必要なときは呼んでいただいて構いませんが、理由が誰もついていく人がいないというところだと件数がいたずらに増えていくことが考えられます。施設でも急変時に対応できるような体制をしっかりと確立していくことが出来れば、ある程度救急件数を減らすことが可能ではないかと思います。救急隊としてやはり救命医療に主を置いているので、時間内に素早く搬送したいので適切な傷病者さんでしたら時間をかけずに搬送したいので、救急車の呼び方を適切にしていきたいとお願ひしたいです。

**柴内:** 感想が届いています。「救命救急について正しい知識をきちんと理解することが大事だとわかりました。」というご感想をいただきました。続きまして、高橋智子さんからご意見いただきたいです。

**高橋智子:** 救急搬送について現状では、看護師の判断で直接救急車の要請をすることはありません。急変した際に嘱託医に連絡することを、日中と夜間に分けて緊急時の対応マニュアルを作っています。それで先生の指示があれば救急車の

要請をしています。医師の指示があつてこちらには要請しています。

**柴内:** ありがとうございます。救急とは話が変わりますが「介護者が死と向き合うことで自己成長に繋がるという部分がすごく沁みました。」と感想が届いています。色々なことを繰り返していきながら、向き合っていくことの大切さがあるのでしょうか。続いては山岡さんと高橋美保さんにお伺ひします。今回のシンポジウムのテーマでもありますが、多死社会において本人の意向に寄り添った看取りの体制づくりをどう進めればいいのか、また今後の展望についてお願いします。

**山岡:** 今、北上市で高齢者の看取りで課題となっている、自宅で亡くなりたくないという希望に応えられていないという現状。恐らく現実的に自宅で亡くなりたくないという気持ちを満足させるということは難しいと思います。それに代わって亡くなる方が自宅でなくても、自宅で看取られると同じ満足をもって、施設なり老人ホームなり色々なところで看取っていただく支援体制にしていくのが工夫の1つかかなと思います。本来自宅で亡くなりたくないという1番の思いは何だろう。自宅の場所なのか、自分の部屋にいたいのか、自分の人生の1番基本になっている場所だから、そこで自分の人生をよく振り返って納得して旅立ちたいと思っているのであれば、自分の人生を施設であっても振り返って満足していただける会話、状況を作ってあげられるのかなと思っています。

**高橋美保:** どれだけ自分事として考えられるのかと感じていました。特別なことではなく生活の一部として考えられればよいなと思います。私たちが関わらせていただいている方でも、療養している時から小さなお子さんやご家族と一緒にケアしていただくことが多いです。その延長で看取りの場にも一緒に入っていただくこともあります。実際一緒にお別れしたお子さんたちは、最近大きくなり看護や介護の職に付いていらっしゃる面もあります。ご家族の中でも1度経験するとどういふ風に人がお別れをしていくのか分かると、ご家族の中でも安心して見ていけると感じていました。地道に伝えていくということが現場の方からは大事だと思っています。

**柴内:**ありがとうございます。家に対する思いや、死が学びの機会になっていることもありますし、介護の方が一緒に成長していくこともすごく大事なところですね。「心肺蘇生を拒否することは法律的にも難しく、どうしたら意向が叶えられるのか？」と質問が寄せられています。森さんどうですか？

**森:** 法律的には救急車を呼んでしまうと搬送しなくてはならないので、拒否するのは難しいかもしれません。法律ではそうと決まっているものの、東京消防庁でも地域のメディカルコントロール協議会があるのでそこで話し合っ、先生たちの意見を交えて、みんなで話し合っ地域状況にあったものを決めていく組織なので、市民の為に寄り添えるものが出来ていくのではないかと思います。北上市では残念ながら決まっています。

**柴内:** こういった機会から発展していけばいいですね。質問として寄せられているものですが、「患者さんや家族のニーズの捉えにくさが課題ということで答えがなかなか見つけられないのですが、本人がこうだと決めていてもそうならない場合がある。」実際いかがですか？

**高橋美保:** ご本人さんの想いは伝えられることと、ご家族の気持ちがわかると自分の想いを通すということが、それはどうなのかと悩まれることがあると思います。ご本人さんの想いをご家族がいる前で話をしていただいて、この言葉を聞いてご家族はどう考えるのか。ご家族の想いを聞いたうえで、ご本人も考えていくということもあるので、どちらかの想いを優先するのではなく一緒に考えて両方悩んで、やっぱり家にいる、やっぱり病院に行く決められたのであれば、それはそれで私たちがお手伝いしていくという形になると思います。一緒に考えて話し合っ決めた答えであれば、あとで考えたときみんなで悩んだよね、と話が出来るとは思いません。難しいです。

**柴内:**ありがとうございます。施設ではどうですか？

**高橋智子:** 施設の場合は自分の意見をはっきりと言える方が平均介護度4ですので、なかなか

いらっしゃらないのですが、認知症がなくて自分の意見をきちっと言われる方ははっきりと仰ってくれるので、それに対してはそのように対応するように心がけていました。入居されているご家族はやっぱり施設に預かってもらっているという気持ちがあって、言いたいことが言えないのではないかと、自分も経験しているのでわかります。出来るだけ何でも話しやすい雰囲気を作らなければいけないと思っ、面会にいらした際には出来るだけみんなに声がけするようにしています。信頼関係がないことには、いざという時に大変だと思っしていました。

**柴内:**ありがとうございます。日本人は遠慮してしまうところがあり、家族に本音を出さないということもあるかもしれません。山岡さんはいかがでしょう？

**山岡:** 看取り近くなっ本人が望むことを家族がなかなか出来ない。本人が望んでいるが家族に了解してもらえない場面が時々あります。その時家族に本人の想いを伝えるときに1番心がけていることは、亡くなっていくお年寄りの人生を称える、そして自分の人生に満足して旅立ちたい、家族に後を託して旅立ちたいという想いを伝えるようにしています。例えば家に少し帰っご仏前を、お庭に行きたいなど、亡くなる人生の本人を褒めて敬意を家族に伝え、家族もその人生を称え敬意をもち感謝するという気持ちになると少し寄り添ってくれるような気もします。

**柴内:**ありがとうございます。会場から多数コメントをいただいております。ズームでご参加されているみなさんもお感想やご質問をお寄せいただければと思います。救急搬送時における質問があります。「中部ネットの活用状況はどうですか？」ということですが、中部ネットは医療介護連携のための情報共有ツールということで積極的に進めています、まだそんなに普及率が上がっているわけではありません。これに関してはこちらで準備しているものが無く今すぐお答え出来ませんが、中部ネットについて何かありますか？

**高橋美保:** 実際まだ充分活用できていないです。

**柴内：**昔は考えられなかったWEB会議をやっているわけで、慣れないということでも足を踏み込めていないということもあると思います。実際色々やっつけていかななくてはならないと思いますし、これからの時代大事だなと思います。お話を聞いていて、八天の里では1年後に最後のお別れの機会をもたれるということですが、昔から培われてきたことで、職員も何か気付くことや、死を目の前にすると恐怖を感じることも、救急の場になると慌ててしまうことなどもあると思いますが、地道にやっつけてこられたものが生かされていますか？

**高橋智子：**八天の里の場合はグループケアを実施しております。花と森の小道に分かれていますので、片方には経験者、片方には新人という形で必ず経験の多い職員も一緒ですので、不安なときは相談する形で体制が出来ていると思います。ただし看取り介護だと分かっているならばそれなりの対応は出来ると思いますが、夜間急変したときは本当に怖く、その時にきちんと指示出来る、相談出来るよう宅直看護師にすぐ電話します。以前は熱が上がっただけですぐ連絡をしてしまい、不安を抱えながら介護を頑張っているんだなと素晴らしく感じます。色々なことを経験し、その経験値が自己成長に繋がっています。若い子は本当に不安だと思います。

**柴内：**ありがとうございます。今コロナということで、正しい知識がないと色々なデマや必要以上の恐れが出てしまいます。コロナは高齢者の死亡率が高く、実際80代の方だと3割ほどの方が亡くなっています。ご家族との関係性がすごく大事だと伺っていますが、面会が出来ないこと、急変してしまう怖さがあり、今こういうシンポジウムをやっつけてしっかりみんなで取り組んでいかなければと差し迫ったところもあります。高橋美保さんに質問がきています。「在宅での緩和ケアに寄り添うことが素晴らしいと思います。北上市内に置いて同様の支援をホームケアクリニックえんさん以外であるのでしょうか？」と質問をいただいています。いかがでしょうか？

**高橋美保：**市内の各先生方もそれぞれのクリニックさん、病院さんでやられているところがたくさんあると思います。在宅療養支援診療所としては市内3カ所で、それを取られている先生

方のところではどこの先生方もそうだと思いますが、患者さんに対して症状や気持ちを熱い思いで接している先生方が多く、どこと伝えることが出来ず大変申し訳ないのですが、北上の先生方は患者さんのことをよく考えてくれる先生が多いです。みなさんがどんどん相談されていくということが1番良いのかなと思います。

**柴内：**ありがとうございます。学ぶべき寄り添い方を教えていただきました。特に在宅診療やっつけているわけではないというクリニックの先生と話す機会があり、北上市で在宅死が県内で最上位にあるのは昔から開業医の先生方が取り組まれていて、それが表に出るわけではなく、あえて公表はしないが実はクリニックでも看取りをやっている熱い思いの先生方が多いと思っています。実際在宅死が多いのは家だからこそ納得された最期を迎えられているのだと思います。また質問が届いています。「訪問診療の場面で本人が自宅での最期を希望していても、主な介護者、発言力のある親戚、施設や入院を希望して意見がいつまでもまとまらないことがありましたか？どのように寄り添いましたか？」とご質問をいただきました。

**高橋美保：**ご本人さんとご家族さんとの希望が合わないことがたくさんあります。その中でご家族さんがどうして不安なのか、状況的にご家族さんが看れないということもありますし、息子さんの立場と娘さんの立場とお孫さんの立場とでそれぞれの想いがまとまらないことがあります。それは診療だけではなく訪問看護ステーションさんやケアマネさん、ヘルパーさんたちも一緒にどういう方向に関わるのか小まめに話し合いをしながら、本人にとってどうなのだろうか、それぞれの立場の息子さん、娘さん、あるいは遠くの息子さんの発言力が高かったりしますが、そういう方に話しかける・問いかけるということをチームで関わることで、入院や救急搬送、施設に、と色々あると思いますが、関わっているみなさんで関わっていくことが大事だと思います。まとまらないことはたくさんありますが、何らかの形で行先は決まります。その上での経過が大事かなと思っています。

**柴内：**ありがとうございます。多職種カンファレンスが良いわけですが、それで逆に決めつけてしまうこともあり気を付けなければならないと



ころであります。寄り添い話し合いを重ねて、正解かわからないが辿っていくところこそが大事ということですね。みなさんのお話を聞いていて、不安を取り除くことがキーポイントだと思いました。不安を取り除くということについていかがでしょうか？

**山岡**：さっきお話した亡くなるときの職員の不安。世代交代していくので繰り返し研修していかなければならないと思います。

**森**：救急隊としてそこまで感じる事がなくらい短時間で事が進んでしまいますので、助けるために搬送し後は病院に託すので、みなさんが寄り添って看ているくらい、寄り添えない、看られない、考えられない。処置で頭がいっぱいというのが現状です。そこはご理解いただきたいです。

**柴内**：救命率を上げるためには、実際色々話を聞いて時間をかけていると救命率が落ちてしまいますし、それはその方にとって後の人生が大きく変わっていくギリギリのところであるわけですね。

**森**：時代も変わってきたので救急救命士の資格は地域医療の事情も踏まえ考えて、急ぐ救急は急ぐ、待てる救急は待てるという風に考えていき、広い視野を持たなくてはいけないと痛感しています。

**柴内**：ありがとうございます。その他にも質問があります。「独居者にとって孤独死に対する恐怖は相当なもので、体調不良の時、救急車は頼みの綱のようなものです。また老人ホームでも看護師がいない施設では急変時に救急車を呼ぶしかないのでしょうか？」と質問をいただいております。八天の里でもその辺りは中々難しいのではないのでしょうか？

**高橋智子**：救急車を呼ぶ判断、施設で出来る医療体制は、急変された時に先生の指示で動きますが、誤嚥などだと看護師が蘇生や吸引活動を行います。その時点で救急車搬送はどの時点で判断すればいいのかなど。最初から救急要請すべきなのか、施設で出来る範囲でやるべきなのか課題になっています。

**柴内**：そういうことを学ぶ機会を進めていければなと思っています。ありがとうございます。

「北上市の現状としては病院と施設との連携が上手くいっていないと感じます。」とご意見をいただきました。病院の職員として恥ずかしく思います。医療者側が敷居を高くしてしまっているという話をよく聞きます。「診療所では十分な検査を行うことが出来ない場合も多く、その場合施設から病院への搬送をしなきゃいけない場合。病院は入院したら施設に戻れない問題。もっと病院と施設、連携が必要では。」と鋭い指摘です。仰る通りです。今回のような場を設けていき、すぐには解決できないかもしれませんが、良い北上の街になっていけばいいのかなと思います。あとは「北上でも救急搬送時のDNARの対応マニュアルが出来ればいいなと思いました」「八天の里の取り組みが素晴らしいです」といただきました。こころづもりノートのお話をしましたが、実際介護の現場で使われたりしていますか？中部ネットもまだ普及しているわけではありません。北上市で発行しましたこころづもりノートも話のきっかけになると思います。「病院ソーシャルワーカーです。在宅でも施設でも夜間に看取った場合に、医師の死亡確認が翌日になることがあると思います。ご家族によってはそこまで待てないというケースがあるのでしょうか？」中々家族が待てなかったという経験がある方は会場の方も含めて挙手をお願いします。そういうことは特にはないですかね。少し分かりづらかったかもしれませんが。嘱託医などの場合死亡確認がすぐ行けない時があると思います。24時間365日の対応は難しいところがあり、翌日とすることがあるかと思っています。ご家族がそこまで待てないのだと経験された方はいらっしゃいますか？

**高橋美保**：うちではありませんが、市町村を超えて別のクリニックの方と夜間は動いていないよと話すことはあると思います。実際夜間にお別れたときには翌日になることをご家族さんと話をさせていただいて、そこで納得をされていけばそういうことはないんだと思いますが、納得をされていないご家族さんが待てなかったというお話なのではないかと思っています。実際看ているご家族さんだけではなく、親戚やこの辺りだと本家にそういうことを伝えてもらい伴った方が良いかと思っています。

**柴内:**話し合いが大事だということですね。まだまだ聞いてみたいともありますが、時間が過ぎてしまいました。最後にシンポジストの方々からコメントを頂戴し、在宅施設看取りを考えるシンポジウムをまとめさせていただきたいと思います。

**高橋美保:**現場では言葉に出来ない大変なことってすごくたくさんあると思います。今日みたいにいつでも相談が出来る関係性が、例えば柴内先生や高橋さん、森さん、山岡さんにこういう時どうしたらいいのか、こういう事例があるがこの場合どうしたらいいのか、いつでも聞けるような関係性が現場にたくさんあると私たちはすごい心強いなと思うので、これからもよろしくお願いします。

**高橋智子:**実は7月に2人の方が急変され亡くなられました。その時に若い介護員が「園長辛いです」と泣きながら来てくれました。その時に会議があったので、職員に施設の看取りについて伝えました。そのことをまとめましたので紹介します。

2人の方が急変されました。入居者は高齢者が多くいつ急変するか分かりません。常日頃から悔いのないような介護、看護、声がけを心がけてほしいと思います。施設は自宅ではありませんが、入居者様にとっては在宅です。職員は家族ではありませんが、入居者のみなさまにとっては、顔なじみの頼れる存在、安心できる存在であってほしいと思います。施設での看取りは、病院では出来ない自宅では出来ない素晴らしいケアが出来ると思います。今まで看取り介護中、褥瘡が出来た方はいません。食事が取れず全身むくみが見られ1人で体を動かすことが出来ない中、褥瘡を作らない介護は素晴らしいことだと思います。看取り介護は常日頃からの介護の延長にあります。看取り介護が開始されたから変わることは介護の形式ではありません。その人の尊厳を守り、悔いのないような生き方を支えることです。ぬくもりのある介護、看護。声がけで死の恐怖、不安、苦しみから幾分心穏やかになるのではないのでしょうか。自分のこれまでの人生を振り返ることが出来るような写真や品々に囲まれ、それを見たり触れたりすることで穏やかに最期の時を過ごしていただけるのではないのでしょうか。入居者に寄り添い、自信をもってこれからも良いケアを行いましょう。

という形で職員に伝えました。

**森:**こういった機会に消防が入り、消防はどちらかという救急がメインになり白か黒かといった活動が多くなりますが、色々な方とお話させていただき良かったなと思います。救急隊も変わらなきゃと思いますので、こういった機会をどんどん設けて私たちも見識を広げて、お互いに顔の見える関係を構築出来ればなと思います。ぜひまた呼んでいただきたいです。今後ともよろしくお願いします。

**山岡:**施設看取りで亡くなった方の傍で最期目を落とすときに看取ることが最も家族にとっては達成感があって、可能な限り付き添っていただいて、亡くなるときに傍で支えるように努めています。

北上市の看取りの課題は、現場の課題、医師会、行政が担う社会的課題、家族が考える課題、この3つを上手くコントロールするセンターなり部署があって、初めてお互い支え合っていく仕組みを考えていくことから先が見えてくる。人生の1番最期。生のまっとう、人生の完結が全て周りの人の支援で旅立つということだと思います。

**柴内:**シンポジストのみなさまありがとうございました。参加者のみなさまいかがでしたでしょうか。在宅施設看取りについては、今後も様々な職種の協力、連携が不可欠だとお分かりいただけたと思います。

本日の学びがみなさまにとって有意義なものとなり、そしてみなさまと関わる市民のみなさまが人生の最期まで住みなれた場所で穏やかに過ごすことが出来るように、期待しています。