

先生に聞いちゃおうとか、薬の本で調べてとか、そういうふうになって、なかなか局宅管理指導、薬剤師さんに配達していただいて指導していただいても、その情報が看護師がとっていないとか、お互いに連絡を合っていないという現状がやはりあるんじゃないかなと思っています。

ステーションが仕事をするには、先生方の指示書というのが不可欠なんですけれども、その指示書の中には投薬中の薬剤の用量とか、用法の欄がありまして、それを必ず書いてもらわなきゃいけないんですけれども、それをきちんと書いてくれない先生も多いという現状があります。

あと、それは皆さんがどうのこうのという問題じゃないんですけれども、なかなかちゃんと書いてくれない先生もいらっやいます。

それから、処方箋が出て、歩ける患者さんは薬局に行かれるわけなんですけれども、行けないかとか、老老介護の方の場合や何かは皆さんが配達されて、薬局の指導管理というもので行っただいてということで行きますけれども、その先生と契約しているというか、門前薬局ってよく言いますけれども、そことは関係はあるけれども、そのほかにステーションが割り込んで、一緒に3者で連携をとって、その患者さんがどういう薬を飲んで、どういふような効用があるのかというのをまだまだ情報を共有していないというようなところが、やはりあると思います。

あと、これは立川の医師会の方の先生方がよく言われるんですけれども、糖尿病の患者さんが自己注射をやっていますけれども、そういう自己注射の針の回収、そういうものなかなか進んでいないと。医療廃棄物なんですけれども、ごみに出しちゃってクレームが当局からついたというような話もありまして、その薬局で回収していただけるということもなかなかまだ徹底して宣伝がないんじゃないかというような話もありました。

訪問看護師も時間で追われていますので、薬剤師の方が、薬局の方が家庭に訪問されて、その時間に合わせて一緒に指導するというような機会が、まだなかなかないんですが、お互いにやはりこれからは、訪問時間をある程度設定して、一緒に行っ具体的指導をしていけるようなことをお互いに連絡合っやっていかなければいけないんじゃないかと思っます。特に、今、老老介護の方が多し、老人の独居の方も本当に多しですよね。その独居の方というのは、薬を自分でやはりすごく判断していますので、説明書とか、薬剤師さんの方が説明していただいたにもかかわらず、自分で判断してお薬を飲んでいるというような方が本当に非常に多しですし、わかつたっと思ながらも、実は薬をちゃんと飲めていなかったというのが多しので、その辺もやはりこれからお年寄りの方に対する指導は、できれば同じ時間帯に最初は行っできたらいいなというふうに思っっています。意外と処方箋をもらっお薬と市販の薬を大量にお持ちです。ですので、その辺をどういふにお互いにチェックしていくかなんというのが大切じゃないかなと思っっています。

課題解決のためにということで、先ほども何回も重複していますけれども、訪問管理指導を連携して行っということが必要じゃないかなと思っっています。退院時計画に服薬指導

も盛り込む方がいいんじゃないかなと思っっています。

立川保健所の方とステーション、それから病院の看護部長さんとかとチームをつくりまして、退院時のツールを実はつくっていまして、これは共同の退院指導というか、退院連絡表というものなんですけれども、災害医療センターとか、あと武蔵村山病院の部長さんなんかと一緒に同じ連携表をつくりました。その連携表が来て、退院の方向性を決めるんですけれども、そのツールをつくる時に薬のことについてすごく議論があったんですよ。それはなぜかという、先生から紹介状のときに薬はちゃんと必ず書いてあるよねと。だから看護婦同士の連携ツールには、それが余り重要じゃないんじゃないかという話もあっただらいいんです。ですので、僕はまたちよっ違う見方もあると思っただらいいんですけれども、いろいろの、かんかんがくがくして、薬の情報のところがすごく狭まっただらいいんですけれども、それだとやはり先生同士はわかつていても、看護師同士がわからないとか、そういうことがあるので、退院のときに薬剤師さんも一緒に、その退院計画に、指導計画に乗れたらいいなと思っっています。先ほども言いましたとおり、老老世帯とか、独居老人が多いので、ぜひこれからはそういう努力をお互いにやっていかなきゃいけないんじゃないかなと思っっています。

あと、高齢者の方とか、介護者の方が十分理解していただくために、間違いなく服薬、インシュリンの注射とかしていただけるために、具体的な飲み合わせの注意とかというものを、市販薬とか、そういうのを具体的にわかりやすく説明をしていただくということがすごく重要なんじゃないかなと思っっています。

ある所長さんから聞いたんですけれども、「ピンポン」と鳴ったので、ご高齢の方が玄関に出ていったら、何かすごいキャパっちい、すごい格好をした人がいたそうです。「何でしようか」と言ったら「私、薬屋さんなんです」と言っ「お薬の説明しに来ました」ということだったようなんですけれども、何かすごい派手な服装をされて、化粧も濃かつたのかどうか、よくわからないんですけれども、そういう方が立っていらっやっ、その人は最後まで玄関から入れなかつたという話も、逸話もあるんですけれども、それは特段のケースだと思っんですけれども、看護師とか医者はわかつと思っすけれども、薬剤師の方が行っかなか玄関に入れなかつたというようなこともあるようなので、その辺もちよっと考えていただければなと思っっています。

あと、サービス担当者会議の出席とか、あと薬局さんの垣根を越えたものが何かできないのかなど。これはステーションもそうなんですけれども、お互い営業の秘密もありますので、全部ばらすわけじゃないんですけれども、少しずつ情報を共有できたらいいんじゃないかなと思っていまして、共通ツールができるのかなど。これはどうなんでしょうか。ちよっと皆さんに聞いかけということで、看護の場合は大きい病院から在宅に帰るときに退院の連絡表という共通ツールがあるんですけれども、それを少し発展できるのか、できないのか。活用できるのか、できないのかをちよっと考えていきたいなと思っっています。

それから、4月からの後期高齢者医療制度に移行して、本当に大丈夫かなという思いが

すごくありまして、医者に行かなかつたり、薬を減らしたり、ため込んでぐあいの悪いときだけ飲んで、そういうことが心配があるなと思っています。この今度ちょっとしばらく来ていないとか、そういう細やかな、お薬をとりに来ていないなど、そういうような心配り、そういうことが、これからお互いに必要なんじゃないかなと思っています。ですので、個人情報との問題もあるんですけども、今までのような訪問看護ステーションは訪問看護ステーション、薬局は薬局、医者は医者というのではなくて、少しずつ垣根をとり外して情報交換を共通のものができるような何かができたらいいな、ツールになっちゃうんですけどもというふうに思っています。

本当にこの間、いろんな所長さんにお話を聞いたんですけども、やはりステーションと薬局のかかわりが余りにも少なかったと。それを今回を契機にしてお互いにお互いの職種をわかり合って、どういうことができるのか、どういうことができないのか。それともこういうふうにやっていけば、もう少し連携がとれるのかということをお話し合っていたいなというふうに思っていますので、今後も数少ない訪問看護師を皆さんも支援していただいて、ぜひ共通な患者さんのお仕事をしていきたいなと思います。

以上です。よろしくお願いします。

(赤穂座長)

どうもありがとうございました。訪問看護ステーションを通して見えてきた連携の課題、そういったものを的確に指摘していただきました。いずれにしても薬局、薬剤師の皆様への要望もございましたけれども、それぞれの関係者が垣根を越えて、お互いに情報を共有して連携していく必要がある。それを可能にするツールのようなものは可能であろうかと、逆に皆様方にも問いかけをしていただきました。

それでは、皆様方のパンフレット、23ページでございます。「訪問薬剤管理の立場から」ということで、昭島市のふくしま薬局の薬局長、小鷹良美先生をお願いいたします。

先生は、1978年に北里大学の薬学部を卒業なさいます、1994年から地域保健企画に入社して、現在は、ふくしま薬局の薬局長ということでご活躍でございます。

(小鷹氏)

では、ふくしま薬局における訪問薬剤管理指導の紹介をさせていただきます。

ふくしま薬局は常勤薬剤師5名、パート薬剤師3名、常勤事務2名の住宅街にある薬局です。これが店内です。約50医療機関から1カ月に2,500枚ほどの処方箋を受けています。そのうち在宅医療をお受けになっいらっしゃる患者様からの処方箋は180枚ぐらいです。このうち、3医療機関の50から60名の患者様に訪問薬剤管理指導を行っています。

訪問は薬剤師1名と事務1名が、月・火・水・金の午後、行っています。1回に3名から10名ほどの患者様のお宅を訪問させていただきます。処方箋枚数に比べて、薬剤師の

人数が社長からは多い多いとよく言われるんですけども、訪問して服薬指導する場合、移動する時間とか、あと報告書や計画書の作成などに時間がとられるためです。また、調剤方法が千差万別で、コンプライアンスが良くない患者様には画面のようなカレンダー調剤を採用し、飲み残し、飲み間違いを防止しています。

また、経管の患者様には粉碎したり、薬の袋が開けにくい患者様には分封紙の横に一つ一つはさみを入れたりして、なるべく患者様の要望に答えるような調剤を行っています。そういうので、時間もかなり要します。ちなみに2月は、一包化加算が170件、嚥下困難者加算が20件でした。

当薬局は電子薬歴を採用しているんですが、在宅患者様には別に、この写真のような紙の薬歴簿も併用して、調剤方法など細かく記載し、ミスが起こらないようにしています。例えば隔日のラシックスは赤線をつけて1日置きにカレンダーに張るとか、そういう形です。

画面は4人分の患者様の薬を詰め込んだところなんですけど、エンシュア・リキッドやラコールなどを使用している患者さんもいますので、このような後ろにいっぱいになってまいります。この青い箱の中に調剤済みの薬を入れてあります。

1994年10月に調剤報酬改定で、在宅訪問薬剤管理指導料が新設されましたけれども、ふくしま薬局が訪問を始めたのは、1988年、それよりかなり前だったんですが、訪問を開始したきっかけは、多くの在宅の患者様が自分で薬を管理していらっしゃるのに直接薬剤師が服薬指導したり、患者様の服用上の疑問点を聞くことがなくて、医療の担い手として、このままでいいのだろうかという、そんな思いがありました。そんな折に訪問看護師さんから「薬が飲めていないよ」とか、「薬剤師さんも行ってみたら、実態わかるよ」などと、結構問題点が指摘されて、調剤報酬としては認められていませんでしたけど、訪問することにしました。

訪問してみてわかったのは、やはり変色した薬があったりとか、処方箋は2週間置きに出ているのに1カ月丸々薬が残っていたりとか、薬局の窓口ではちょっとわからなかった事実をかなり発見することができました。訪問すると実際患者さんから「粉薬はむせて飲めないんだよ」なんていう相談もあるので、そういうときは先生にお願いして錠剤に変更したりとか、コンプライアンスが悪い患者様には、先ほどあったカレンダーみたいなものをつくって、コンプライアンスを上げたり、また結構服薬指導を繰り返して、これはこういう薬なんだよ、大事なんだよと、こういう副作用があるけど、そういうのは今のところ出ていないからしっかり飲もうねとか、服薬指導を繰り返すことで、結構病状が安定して患者様のQOLが向上したりとか、そういう直接そういうことが確認できる、こういうのも在宅のいいところじゃないかなと思うんですけども、そういう経験がいっぱいできて薬剤師として患者さんに必要とされているんだということが直接感じることができました。なので、在宅医療を学生さんなんか来るとき、よく連れていくんですけども、そういうのを見ると、かなり薬剤師のやりがいにもつながっているんじゃないかなと感じま

す。

訪問服薬指導は電話などで依頼が来ます。その後、文章で患者さんの情報が寄せられて、薬局はそれに基づいて、いろいろ計画書をつくったりして、指導して、結果を処方医に文章で返しているんですけども、薬剤師間のフィードバックがなかなか医師に届かないなと感じることもありまして、そういうこともあったし、先生方の処方意図や患者様の背景がわからないということで、患者情報を生かした服薬指導ができていないのではないかなというように感じたりとか、あと調剤方法とかも、これでいいのかなというように疑問がありましたので、処方医とか、看護師に呼びかけて、月1回のカンファレンスを2005年6月より開始しました。今では、医師、薬剤師、看護師を初め、訪問看護ステーションの看護師とか、ケースによってはケアマネージャーも含めて、1回に5名から7名の患者様のカンファレンスを行っています。

その中の事例を2つほど紹介させていただきます。

80代の男性です。病名、認知症、洞不全症候群、発作性心房細動です。経過としては、2005年7月に脳梗塞疑いで病院に入院し、一過性の虚血発作と診断されました。入院中、徐脈、発作性心房細動等々見られて、洞不全症候群タイプⅢと診断され、ペースメーカーを埋め込みされました。

それで、ワーファリンとか、ワソラン、アモバン、その他いろいろ使っていたんですが、アモバンが本当にこの患者さんには必要だろうかということで薬局から提案しました。というのは、寝る前にご家族が服用させて寝かしつけるらしいんですが、1時間ぐらい眠るのが精いっぱい、効き始めはふらついている感じがするとか、あとご本人、夜起きて今2階に寝ているんですが、1階の方に下りるとということで、転倒の危険もあるのではないかとか、本人は眠れないことを苦痛に感じていないというような話を薬局と家族との話から、そんなことを伺いまして、夜の行動はどれも怪しくて、多分1階に下りて何か食べるものを食べているのではないかなということ。あと独り言もあるということで、薬局としてはアモバンよりもグラマリールあたりがどうであろうかというような提案をしました。

カンファレンスの中で、これはドクターの方も3人ほど出席していましたので、多分神経内科の先生から提案があったのではないかなと思うんですが、こういうときの不眠にはバルプロ酸が効くよさだということで、デパケンRを処方変更になりました。

それで、処方変更後、何回か訪問するうちに、夜起きる回数が減ってきたという家族からの報告がありました。

症例2例目は70代の女性です。病名は両側ゼントウシ挫傷、水頭症、腎結石、尿管結石などがありまして、1994年、交通事故で脳挫傷です。腎結石のため、腎ステント留置、慢性尿路感染症、バルンカテーテル留置ということで、毎日膀胱洗浄を行っているということでした。

処方内容は、そこに書いてあるところ。出血が腎から続くので、インクレミンシロップを継続しているんですが、Hbが7.0と低いということでした。それなので薬局から

は、こういうときは漢方薬を使ってはどうだろうかということで、漢方は得意と私はしていないんですけども、こういうような出血が持続する貧血状態では、胃腸を丈夫にして漏れを防ぎ、貧血を改善するというので、帰脾湯なんかはどうだろうかということ提案しました。

あと、この方は紫バック症候群というバルンカテーテルとかが紫色になっていて、尿の色がそのような色になる状態なんですけれども、尿路感染によって起こると言われています。そのときにクランベリージュースなんか、どうだろうかという提案をしました。カンファレンス終了後に帰脾湯とクランベリージュースが追加になりました。

処方変更後、ちょっとハーベールとかはわからないんですけども、一応、インクレミンシロップは中止になっています。紫バック症候群の方はいいときと、悪いときといういろいろあるようです。

1人の在宅患者様に対しては、今まで先生方も話されていたように、複数の事業所とか、職種がかかわっていることが多いです。しかし、その患者さんに対する情報をすべての職種で共有しているわけではなく、また一職種だけでは気づかない問題点や解決できない点も多いと思うんです。そういうときに、今ちょっとご紹介しました在宅患者さんにかかわっている職種が一堂に介して情報公開して、治療とか療養の方向性を確認したり、話し合えるカンファレンスがすごく重要だと考えています。このように情報を共有することによって、病院でなくても、チーム医療もできるだろうし、患者様も住みなれた自宅で病気につき合うという思いの手助けができ、地域医療に貢献できるのではないだろうかと思えます。

また、4月の診療報酬改定においては、カンファレンス等の情報の共有に対する評価という項目で、かなり先生方には在宅患者さん連携指導料とか、カンファレンス料が新設されますし、薬局の方でも今まで2回目以降は300点だったところも、そういう情報を各職種間で共有するというので点数も上がっているようです。また、緊急時の共同指導料としてカンファレンスの必要性も挙げられていると思います。そうしていく中で、在宅であっても、そこで提供される医療は、その患者さんにとって十分な医療であることが望ましいと思うんですが、なかなか在宅では環境とか、設備とか、十分とは言えないと思うんです。ただ、在宅医療は患者様を中心となって医師や薬剤師、看護師、ヘルパーやケアマネージャー、もちろん家族などが一体になってサポートする医療であると考えます。それを行う上でやはり情報の共有というのは、すごく大事ではないかなと思います。そういう情報を共有して職種間で連携をどのようにとっていくかということだと思います。

今回、在宅にかかわっている薬剤師の先生方も多く中で、私がふくしま薬局の事例を使って報告させていただきました。ほんの少しでも参考になればと思います。ご清聴ありがとうございました。

(赤穂座長)

どうもありがとうございます。今回のテーマは在宅医療の推進ということの中で、薬

局薬剤師の皆さん方、先生方に期待されるものということでございますけれども、まず薬局薬剤師の立場から現在進めている在宅へのかかわりについてご報告をいただきました。

特にまた4月以降は、診療報酬も改定されて、その中でかなりこの在宅における訪問薬剤管理指導料ですとか、いろいろとその連携強化に向けての評価も高くなってきたということでございます。

それでは、お待たせをしました。最初にお約束しておりました井尾先生に、これからお話をいただくことでございますけれども、先生につきましては、8ページにご略歴を紹介をさせていただいておりますので、そちらを見ていただければというふうに思います。在宅でのみとりという大きなテーマでございます。限られた時間でございますけれども、先生、どうぞよろしく願いいたします。

(井尾氏)

ご紹介いただきました、井尾クリニックなんですけれども、名前を変えました。立川在宅ケアクリニックというふうに名前が変わりまして、ご案内が入っていると思いますけれども、3月1日からそういう形でやっています。井尾クリニックとして8年間やってきて、在宅で私のところはがんの方が非常に多い、患者さんが多い在宅でちょっと特徴的ですけども、ほとんどの方が在宅で亡くなります。それをこの地域で支えているわけですけども、その辺のお話を皆様方に期待をするかということろを少し織りませながらというふうに思います。

枚数多いですよ。少しはしるかもしれません、あとは参考にさせていただきます。

とにかく、我々はこちらへ向かって毎日進んでいるわけですけども、皆さんはまだまだその辺のことはお考えじゃないかもしれませんが、皆さんのお父さん、お母さん、おじいさん、おばあさんもそうでしょうけれども、必ず順番は来ますので、そのことをどういうふうに皆さんが考えているのかということも含めてお話をします。

日本の現状です。当然おわかりになると思いますけれども、もう日本の人口は減る傾向に既に入りました。当然、生まれる方たちは少なくなってきて、死んでいく人たちが多くなっていくということが、もう始まっています。これは、今ごろ少子高齢化ということを使うこと自体がおかしくて、これは団塊世代がいろいろと取りざたされた、もう70年代からこの傾向にあるということは明らかだったわけですけども、なかなかその辺のことが体制としてきちっと守られてこなかった。どういうふうに政策を打ってくるかということは、こんなところで話してもしようがありませんけれども、その辺が今ごろツゲが回ってきたということだと思いますが、それでも我々はこの国で生活していかなきゃいけないので、何が今我々にできるかということだと思います。

これ、17年度ですけども、日本人がどこで死んだか。病院で約80%、ほとんどの方たちは病院でなくなっているという状況なんです。自宅で12.2%という数字ですけども、これが多いのか、少ないのか。これはもう地域、寝たきりの方たちも含めて地

域の中で昔ながらに自宅という地方が結構ありますので、都会と地方の差というのが出てくるのかもしれませんが、でも、とにかく病院で亡くなっている方がこんなに多いというのが、この国の現状です。

昔はどうだったのか。昔は全然逆でした。お家で皆さん亡くなっていた。それがほとんど日本の高度成長とあわせて病院でなくなっている方たちがふえ続けて、自宅で死んでいくおじいちゃん、おばあちゃんたちが少なくなってきた。これが日本の現状です。今ごろこれを騒いでいるわけですけども、クロスするぐらいから騒げば、こういうことにはならなかったと思うんですが、何とかこれをもとに戻したいということが、最近いろんな形で在宅とか、在宅での看取りとか、そういう方向のことを言い出してきている一つの原因でもあります。

ほかの国はどうか。日本は80%病院で亡くなっていますけれども、アメリカ、ヨーロッパ、アメリカ、オランダの場合ですけども、基本的にはどの施設、病院、施設、自宅、非常に自分が望んだところで、最後を迎えられるということというのは、よその国の場合はこういう形になっている。

がんを見てみると非常にひどいもんです。自分の希望なんてどこにもありません。自宅で最後を迎えようと思っても、90%以上の方が病院で死んでいく。ほかの国はそうではありませんね。ホスピスの整備もされていますし、在宅の緩和ケアという整備もされていますので、自分が望むところで、自分の時間を費やしながらか、自分の望むところで死んでいけるということというのが、何とか応援をされているということだと思いますね。

こういうことが背景にあつて、自宅で最後まで支えていきたいと思います。自宅での施設でのみとりをふやしましょうということが打ち出されてきて、在宅療養支援診療所という制度が18年4月からスタートして、24時間365日体制で在宅で患者を見守りましょう。見守ったら加算出すよというようなことまで、ちょっとニンジンぶら下げてきたんですけども、こういうことまでついてきた。昨年はがん対策基本法が施行されて、もう早期からの緩和ケアのこととか、在宅での支援ということを強調されてくるようになっていきます。

実際、自宅で過ごされている方とか、施設で過ごされている方、90歳近い方を救急車に乗せちゃった。たらい回しになっちゃった。そのこと自体は確かに大変なことなんですけれども、90を過ぎて寝たきり状態の患者さんの最後のことを考えていない家族はもっと大変だと思いますね。寝たきり患者を、がんの末期の患者が自宅で過ごしていた。救急車を呼んだ。その時点で、その患者さんは救急患者になっちゃいます。最後をお家で迎えたかと思っていた。だけど救急車を呼んじちゃったら、その瞬間からその患者さんは救急患者ですね。なかなか思うようには死ねないですよ。病院に運ばれちゃった。病院に運ばれちゃったときの状態でですけども、病院で過ごしていて、看取る人がいない、看取る医者がいないということになると、これはもう呼ばざるを得ないですね。急変した、寝たきりのおじいちゃん、おばあちゃん、がんで過ごしている末期の方たち。だれも診ていけれ

ば救急車呼びますね。救急隊が到着します。呼吸をしていれば、まだ運ぶ可能性がありますね。もう呼吸がとまっていた。救急隊帰ります。かわりに警察が来ます。これが今の現状ですね。幸い呼吸はまだしている、血圧は下がっている、意識はない。とりあえず救急隊は運びます。でも夜の夜中、お休みの日、大抵出てくるのは当番の先生ですね。我々の経験でいくと、若い先生ばかりです、夜中救急で患者さんを診ているのは。まず何をやるか。我々が一番最初にやるのは、当然A、B、Cをやります。A、B、CのAとは何か。気管内挿管をするか、気管を切って管を入れるか。人工呼吸でとにかく酸素をあげると。その次に心臓マッサージをします。血管を確保すると、動脈を確保すると、おしこの管を入れると。こんなあつという間です。僕は麻酔科の出身ですけど、これは逆なことを手術をするときは、これをすべてやるわけですけども、なれた先生だとこれで10分かかるらないと思えますが、家族はそばにはいません。これが見るからに、がんの末期だとわかりそうだとか、見るからに、もうこれは老衰のばあちゃんだねということがわかっても運ばれてきたらやります。その方が尊厳死協会に入っていますと、尊厳死協会では延命行為はやらないでくださいと、もし言ったとします。やります。運ぶんだったら、その必要はないんですよ。運ばなければ、それは生きてます。だけど、その状況で救急車を呼んで、そこへ運んだということは助けてくれということです。医者はそのまま、この方はもう老衰だから何もしないで、このまま看取ってあげればいいんじゃないですかということにはなりません。ですから、そのことを十分にご理解をされていないとだめですね。

我々は、じゃあ何もしないでもういいよ、そういうわけにはいかないですよ、その場にいる医者としては、やることはやります。その上で亡くなったということであれば、もうこれはお年だったんですねということになるかもしれませんが、その辺が非常に難しい。心構えを持ってお家で過ごしていくということが非常に大事なことになりますね。

私も若いころは随分と僕の手の下で肋骨が折れました。メリメリと折れます。おじいちゃん、おばあちゃんを運んでこられて心臓マッサージをやると、新米の僕の手の下で肋骨が折れます。だけど我々はやめるわけにはいきません。その辺を非常に難しい問題ですけども、その辺のことをしっかりとご理解をされておくということが一番大事なことです。

これは一番最初に、これは麻酔科の絵なんですけれども、気管に管を入れます。右側に白いチューブが見えますけれども、それが白い管ですね、気管内チューブですね。左側の金属のやつが喉頭鏡、右側に気管にチューブを入れているところですね。こういうことをやって人工呼吸器につなぐんですけども、右側の青いやつは、あれは麻酔器ですけども、人工呼吸器がついています。手術室では同じことをやるんですね。人を助けるためにも、こういうことをやるんですけども、手術室は人を仮死状態に置いて手術をするということです。逆なことをやって手術をするんですね。

では、その後、そういうことが1セットででき上がっちゃったらどうなるの。酸素を使いますよね。血圧が落ちていけば昇圧剤を使う、心電図を撮り、血圧をはかって検査をやる

と。もろもろ検査をやっている間に家族は呼ばれますよね。「どうしたの」、でももうそのときは遅いですよ。もうやめられませんが、人工呼吸器始まっていれば。人工呼吸器つながって点滴があって、こういう状況で点滴だだつと入っちゃいますよね。そうするとむくみが始まりますね。肝臓がんの末期の方なんか点滴をどこどこかやっちゃうと水がたまってきます。腹水がたまっちゃう、痰も増えます。痰が増え腹水もたまると利尿剤を使います。そうするとまた血圧が下がるので、昇圧剤を使います。最終的に、こういう状況で亡くなっていくときには、ばんばんになりますよ。

これは、僕が言った言葉ではありません。どういう形で亡くなっていくのか。これはいろんな病院で僕は講演しますが、そのときの院長先生とか、理事長先生あたりが、「そうなんだよ、先生。最後死ぬときはおぼれて死ぬみたいだね。最後死ぬときはどぞえもんみたいになっているね」と。ばんばんになっちゃっていますからね。それで最後まで呼吸を人工呼吸器でさせて、それで最後亡くなるんですよ。こんなもん、だれだって嫌じゃないですか。だから、最近はそのようなことというのは、少しずつ知れてきたから、こういうことは嫌なんだということ、だれだって嫌ですよ。自分だって嫌だし、家族だってそういう死なせ方をするのは嫌なわけですから、その辺のことを非常に考えて、それで当然尊厳死協会とか、いろんなことで考えていらっしゃる方たちもふえてきているわけですから、だけで在宅医療というのを普及をさせて、なるべくそういうふうな亡くなり方も少なくしていこうよということも言われて、こういう制度ができ上がったんだと思っていますし、実際先ほど示したような形になりますので、そのことも含めて皆さんが十分にご理解をされていないとだめですね。

助かる方は運ぶんですよ、当然のことですよ。意識がなくて若いのに倒れていると。心筋梗塞を起こしているかもしれない、脳梗塞を起こしているかもしれない、そういう方は救急車を呼んでさっさと運ぶんですよ、助けるために。だけど在宅で過ごして寝たきりで、90歳近くになっていて、先のことは見えている。がんの末期と言われて、あと余命何カ月と言われて家で過ごしている。そういう人を運ぶと、ああいう形の亡くなり方になっていくということです。その辺は十分とお考えになって在宅で過ごされるということですね。

私どものところのクリニックの現状ですけども、その辺のことを少しお話をしますが、我々は最後まで365日おつき合いをして、最期の最期までご自宅で看取りをします。しかし、我々とか看護師が看取るわけではありません。看取るのは家族です。人が亡くなっていくところを病院で看取る。これなどは病院が始まって、あんな形になっちゃったからそういうことが行われてきたわけであって、自分の親を看取る、祖母を看取る、祖父を看取る、これは家族の役目です。ただ、亡くなったかどうかの確認をする、死亡診断書を出す。それは医者役目です。看取るのは医者役目ではありません。ですから、そのことは十分にご理解をされておくというのは、大事なことだと思います。

これは僕が…本を出したんですけど、看るというのは看護師さんですよ。次の看るは医者です。看取るといふこの意味は家族です。看取るのは家族です。

新しい診療所の写真じゃなくて申しわけないんですが、もう本当に僕の診療所は何もありません。ここでは外来の診察は一切しません。ここでは、基本的には家族のご相談を受けるということだけです。こんな車で回っています。新しいやつを本当はお願いしたんですけど、在宅医療というのは基本的には往診とは異なりますよ。往診とは異なって定期的に訪問をするという予定を立てて、必ずその日には訪問をすると。看護ステーションが月曜日であれば、我々は木曜日とか、必ず1週間の中で決めていくと。往診というのはそのとき1回限りだと思ってください。そのときの求めに応じていくということが往診だということだと思いますね。

基本的には、先ほども申し上げましたけれども、看取るのは家族ですね。我々はそれも含めて、病院では目の前の患者さんのほんの一部の病気の部分の病気の部分だけしか、医師は診ていませんが、在宅というのは家ごと見えちゃいますね。初日に行ったときに、もう玄関に入った瞬間、玄関に入る前からさうでしょうけれども、家の外観を見た瞬間からすべてがわかりますね、大体のことは。経済的なことはわかりますね。どういう形で過ごされているのかわかりますよね。いろんなことがわかりますね。それも含めて診ていかなきゃいけない。しばらく診ているうちに家族関係全部ばれちゃいますから、どういうふうになっているのかも全部診ていかなきゃいけない。いろんなことがわかる。だから患者さんだけを見ているわけではなくて、家ごと診ちゃうということが在宅医療だというふうに我々は思っています。

僕は特に緩和ケアを中心にやっていますので、じゃあ緩和ケアっていうのは何なの。緩和するんですよ、症状を、楽にするんですよ。緩和ケア、緩和ケアというと、がんの末期の方たちの痛みをとるところに緩和ケア、緩和ケアというふうに言われがちなんですけれども、僕はそうは思っていないくて、これは緩和ケアをやっている人間はそうは思っているんですけども、緩和ケアというのはすべての患者さんに必要ですよ、すべての患者さんに必要。だれだって痛いんです、だれだって苦しいんです、だれだって呼吸が辛くなることはあるんです。ですから、そういう症状を緩和していくということが緩和ケアだし、最終的にはどんな患者さんにも緩和ケアが必要だというふうに思っています。

ちょうど2000年2月22日に始めたんですね。それで、一応、井尾クリニックを終えたのが、2008年の2月23日でちょうど8年間やりました。うちは現在、本当に末期がんが多いということが特徴です。あと寝たきりの方も難病の方もいらっしゃいます。人工呼吸器をつけている患者さんたちも多いですし、基本的には我々というのは、先ほども言いましたけれども、あくまでも脇役です。看取るのは家族です。そのことをしっかりと支えていくということが、我々の役目だと思っています。

うちの特徴は当然ですけども、がんが多いと。在宅で外来はやりません。訪問診療地域は広いです。24時間365日体制ということで始めて、今もその体制でいます。何でもこんなことを始めたのか。おやじが死んだんですよ、肝臓がんで。見つかって3カ月でした。熊本ではそこそこ有名な開業医で、その開業医が何で見つかって3カ月の肝臓がんで

死ぬのか。肝臓がんとか、すい臓がんとかって見つかったときに末期だったら、そんなもんですよ。助けってくれと言ったって、助からないです。ですから、そのころに熊本にはホスピスというのが1カ所だけあったんですけども、余りにもちょっとお粗末だったもんですから、そこのシスターには申しわけないんですが、なかなかそこをうちのおやじが選択しなかったので、最終的には自分が修行した病院の一部で亡くなりましたが、そんなこんなで、次は友人がすい臓がんで、また見つけたとき末期で、あつという間に死にました。そのときにやはり感じたことは、日本の緩和ケア、特にがんのターミナルということに対する余りにもお粗末な医療ですね。それを僕は麻酔科の医者だったので、もうちょっと何とかなるだろうと思ったんですけども、痛みをとるには、そのとき限りのベンタジンの注射ぐらいしかないですし、僕は隠れてレペタンという座薬を持って行って、おやじに使いましたけれども、モルヒネを定期的に注射をしていこうなんていうようなことというのが、製剤はそのころはほとんどなかった。でもそれを使い切っていなかったというのが現実なのかもしれませんが、そんな状況でした。

ホスピスというものに少し興味があって、ホスピスをつくらうかと思ひだして、日本にそのころ12カ所ホスピスがあったんですが、それを全部見てきて、アメリカへも見に行きました。ホスピスをつくる計画も2カ所ぐらいあったんですね。もうほとんど9割ぐらいはオーケーで、東京都の方からもベッドをもらったんですよ。だけど、最後の最後に地主さんに、うちの土地で葬儀屋みたいな、死んでいくような場所はやっぱりうちの土地じゃだめだというふうな判断があって流れちゃいました。

それで、あるアンケート、これは厚生労働省のアンケートですけども、がんの末期になったらどこで過ごしたいか。6割近い方たちが自宅だというふうにお答えになっていたんですね。だったら、自宅がいいんじゃない。それをやってみればということではじめたんですね。麻酔科には向いていましたね。麻酔科というのは、すべての科の患者さんたち、ドクターと接触ありますし、すべてのがんの患者さんたちを診ます。痛みのことに関しては、そこそこ最初から知識も持っていますし、人工呼吸器とか、救急の蘇生とかということも麻酔科の専門分野ですので、そういう意味では麻酔科に向いていたと思っています。

訪問診療地域は立川を中心にして緑のところですね。その周りの市町村まで出かけていきますけれども、大体ここに書いてある市町村とほぼ同じところを回っています。大体、10市町を中心に92万人ぐらいの人口ですね。その後、今、八王子、小平、東村山、青梅、府中も多いですね、最近ね。ですから、200万人は超えていると思います。

どんな流れでいくのかということと、とにかく家に帰りたい。家に帰りたいというか、最近では帰されていますね。もういいよと、もうあんたなんか退院してくれよというような形のことで、ずばり言われて帰ってくる患者さんも少なくありません。非常にかわいそうな状況がもう既に始まっています。がんの末期は病院は預かってはくれません。ホスピスというところがあるわけですけども、ホスピスはもう手いっぱい入院まで随分の時間がかります。ホスピスの今現状は、もうホスピスの先生たち、看護師さんたちはくたびれ果

ています。ですから、なかなか現実預かっていただくということが難しくなっている。じゃあどうするの。だからこそ、在宅だ、在宅だというふうに、僕が仕向けているわけじゃありませんよ。そういうふうな形の流れができ上がっちゃっていると。では、受け皿は絶対、今はどうなの。なかなかやはり現実、受け皿は難しいというのがまだまだのところだと思っています。

在宅ホスピス、我々がやっていることは、基本的にはがんの患者さんが多いので、そう呼んでいますけれども、初日にほとんどがうまくいかどうか決まります。なぜ。皆さん不安です。もう在宅でどうなるのか不安だし、死んでいくところを見たことある人はいないし、痛みで苦しんだら、呼吸で苦しんだら、吐いて苦しんだら、いろんなことをどうするのと、不安です、皆さんは。その不安を一つずつとってあげると。それでいつでも出かけていきますよと。24時間365日やりますよということをきっちりとお話をして、そのことがご納得いただければ、もうほとんど初日で成功するかどうかは決まります。

4、5、6のことを十分と伝えます。基本的にはターミナルになった状態、がんの末期も含め、老衰も含め、寝たきりの方もすべて含めて、最後の段階に入ったときには点滴はしません。そのことを十分と伝えます。なかなかご理解いただけない方もいますけれども、なかなかご理解いただけない場合には、またちょっと別な手段ですけれども、最近では皮下注射というところで切り抜けていますが、余りやると非常に苦しい最後になるということをお伝えをすると。痛みに関しては、我々は上限なんかありません。モルヒネを使って効けば、痛みがとれるところまで使いますよと。痛みで苦しむなんてことはなりませんよと。モルヒネに対する誤解も多いですから、モルヒネに対する誤解を十分とお話をするということですね。あとは呼吸困難に対しては、この辺も非常にやはり悩みの種で、酸素に関してはいつでも自宅でも準備できるし、1時間もあれば24時間使える酸素、在宅でいて、どこか旅行に行きたいと言ったら、旅行先に酸素を準備してくれますので、そういうこともお伝えをします。

唯一、失敗するのは、ほとんどが部外者の存在ですね。ご家族はその気になって一生懸命頑張っているんですけど。見舞いに来た兄弟がいたと、親戚がいたと、友だちがいたと。こんなことをやってもいいのとか、入院しなくていいのとか、点滴しなくていいのとか、いろんなことを吹き込みます。そうすると、一生懸命やっていた方たちの心が揺れます。そうすると、そこからうまくいかない歯車に入ってくるということが結構あります。

点滴は天敵ということをお話をする。痛みはとにかくがまんしないと。痛みが消える量というのが、その方に適切な量であるということをお話をする。酸素に関しては24時間いつでも使えますよと。一番大変なのは、やはり呼吸困難ですね、最後のね。その辺のことも十分にお話をする。最終的には少し寝かせてあげてをやらないと、なかなかとれないということですが、

そういうことをお話をして、看取るのは家族です。こういう冊子をお渡しをします。ど

ういうふうな呼吸がなくなって、最後どういうふうな呼吸になっていくのかということをお話をして、こういうものを読んでいただいて、そういう時間が近づいてきたら、我々がまたいろんなお話をしていくということ、こういうものでお話をしていきますね。

我々は今、医者4人、看護師3人、ケアマネ1人、事務5人、ボランティアでアロマの方、配達調剤薬局、どこでも運んでくれるところが1カ所、近くは大丈夫というところが4カ所。連携して、今まで連携した訪問看護ステーションは30カ所以上だから、ほとんどと仕事していると思いますが、ヘルパーさんの事業所とも30カ所以上は連携しています。

皆さんのために、このものだけはつくってききましたけれども、今、全国で一番困っていることなんです、24時間365日在宅で患者さんを支えなさいよという方向になってきて、在宅療養支援診療所という制度ができてきて、さっき宇田川さんも言っていましたけれども、いろんなところが、そっちへ行っているんですね。それで訪問看護ステーションも24時間やっています。24時間訪問介護事業、ヘルパーさん、見守り、独居の方が多いので、安否確認、見守り、夜中行ってみたら死んでいたということだってあるわけですから、その辺の見守りということというのも随分とやってくれるところもふえています。ある大手の介護事業所はつぶれましたけど、だけどあいうことも含めて24時間のところもふえてきています。しかし、困ること。緊急の薬の用意ができません。お休みの日に薬の調達ができません。その辺のことをやはりこれからどういうことで、その辺のことを皆さんにご協力いただいて、連携を深めていくのかというのが一番大きな課題だと思います。

立川医師会、立川薬剤師会、立川歯科医師会、立川といわず日本とつくんでしょけれども、三師会といっているいろいろやっていますね。だけど在宅を支えていくためにはもっといろんな方たちの連携というものが、これは、あしたは我が身なんです。あした自分ががんになって、あと3カ月ですよと言われなくても限らないですよ。きょう、さっき西砂老人ホームで一人看取ってきたんですけど、そこの看護師さんが先週の月曜日、ちょっと胸にしこりがありますというから、「じゃあさっさと検査行っておいでよ」と言って、紹介して検査行って、さっき報告聞いたら悪性だったんですね。だけど、すぐ手術も決まって、いろんなことがスムーズに運びますけれども、とにかく本当にあすは我が身ですよ。ことしの1月に診断を受けて、1月に大腸がんと言われて、先週から僕は診ていますけれども、その方あと1カ月です。真っ黄色になっちゃったんですね、肝臓に転移しちゃったものだから。1カ月ないかもしれませんね。今年ですよ、診断受けたの。1月20日ぐらいですよ。もう1カ月ないですよ。今の日本は2人に1人ですよ、この年代になると、がんで死ぬのは。がんで死ぬんですよ、助かると思っていますか。基本的に抗がん剤、いろんなことをいろんな方たちが言いますが、医者が一番よく知っています。特にがんセンターの先生たちは、よく知っています。再発したがんが抗がん剤やっても治る確率ゼロパーセントです。

では、これ今後の課題ですけど、一番大事なことというのは訪問診療、訪問看護、やはりお薬ですね。それから日常生活の介護。口腔ケアも含めた在宅の歯科診療、あとはリハビリ。こういうことの連携というのが不可欠というふうに思っています。また、たくさんほかの連携も必要なんですけれども、やはり支えていくためには、一番大事などころというのは、上の3つかなという気はしています。

これは、僕のところのスタッフ全員ですが、ドクター含めて、これだけの数であれだけの人数を見ているんですが、これボードですけど、黄色が全部がんです。緑が難病で人工呼吸器とか、あと白いのが寝たきりの方たち。右側の赤いのがグループホームのちょっと痴呆が入ったかわいいじいちゃん、ばあちゃんばかりですね。月・火・水・木・金・土・日で曜日を決めて、それで我々が行く、看護師さんたちに行ってもらおうという形形で診ています。黄色で枠外になっているやつは、全部その月に亡くなった方たちですね。

これは、僕が持ち歩いている注射薬ですね。すべての救急用注射薬はすべて持っているんです。一応、点滴はしないですけれども、点滴が必要な患者さんたちもいるわけですね。寝たきりで脱水になったじいちゃん、ばあちゃんがいたら、すぐやらなきゃいけないですし、そういうことも含めて輸血もしますよ、うちでね。これは皮下注ですね。この中にモルヒネなんかを詰めて、飲めない、食べないになっちゃったときは、こういうもので管理をしていく。おっしこの管もポンベも在宅酸素につながるまでは、ポンベで管理をしています。

症状のコントロールをざっと行きますが、痛みに関してはいろんなことを言われますけれども、やはり一番辛いのは痛みです。スピリチュアルペインとか、心理的とか、社会的とか、いろいろ言いますけれども、これはホスピスの方から出てきた、施設の方から出てきて、こういうことの言われ方をしていますけれども、お家へ帰ると今まで不穏だった人だとか、夜間せん妄だったとか、いろんな方たちが家へ帰ってくるとほとんど落ちつきません。その辺のことを含めて、お家というのは非常にやりがいのあるところだと思います。この辺のことは盛んに言われていますけれども、これから先どういう形になっていくのか。緩和ケアというものと緩和医療というものと治療というものを早期からやっていくということを言われています。

がんに対する鎮痛薬の使い方というのは、ラダーとかということを言いますが、この辺も十分と指導のところをやっただければと思いますけれども、とにかく痛みに対して、こういう目的でやっていくということですね。

あとは本当に苦勞するのは、まずは痛みですね。最近はデュロテップパッチというのが大分と使われるようになりました。デュロテップパッチは協和発酵は手を引きました。協和発酵は、もう一切デュロテップパッチは今後扱いません。ヤンセンがすべて扱うということに、きのうあいさつに来ていましたけれども。あとはとにかく咳と痰、呼吸困難ですね。最終的には、もうこれはモルヒネを使う、あとはセデーションをかけるとか、皮下注ということになっていくと思います。

あと、胸水、腹水のコントロールですね。この辺もラシックス、アルダクトンなんかを使ったり、C Vカテーをお腹に入れてもらったりとか、胸に入れてもらったりとかということで、最近は乗り切っていくことが多いです。

あと吐き気ですね。この辺も非常に苦勞するところの症状の一つですね。あとは便秘です。便秘のコントロールというのが、モルヒネを使っていると大変です。この辺のコントロールはしっかりと薬を使う。あとはもう看護師さんたちに活躍していただくということが、もう本当に頼りにしています。

緊急用で使う、本当に緊急用で使うというのは、これは僕らの逃げなんですよ、すぐに調達できないから。だからこれは最低でも、必ず家に置いておいてもらいます。アンペック、ボルタレン、ナウゼリン、ダイアアップ、レシカルボン。これで何とか1日、2日は逃げ切れるので、これを必ず置いておいてもらおうというのが、我々の逃げです。

8年たっちゃった。大体、今こういうちょっと古い、1年前のデータになっちゃったんですけども、今はもう約1,000人になりました。どんな患者が多いか。うちはまだがんが多いので、がんばかりです。一番問題は家族というか、帰ってきて1カ月未満で亡くなる方たちが多いんですよ。1週間未満というのも非常に多いんですね。なかなか帰さないですね。でも、最近ではどんどん帰すようになってきているんですけども、その辺のことというのが、今後どうなっていくのかというのは一つの課題で、早く帰せと、家で過ごす時間がもうちょっと必要だろうということで、特に病院で講演するときには、こういうことをしょっちゅう言っていますけれども、あとはこの辺の地域で、立川、東大和が圧倒的に多くて、あと近いところが多いですね。あと、僕は遠くなるとだんだん少なくなるんですけども、在宅でがんの末期の方たちを看取っているという、皆さん病院に運ばれているということだと思いますね。インフォメーションというのが非常に大事だと思っていますし、24時間何が必要かというのは、これを見ればすぐわかりますね。どこでも全部亡くなるんです。ですから在宅というやつは、一つは片手間にそうそうできる仕事ではないということですね。特にがんの末期だと、なかなか片手間ではできないですね。どこでも亡くなっちゃいますから。

夜、じゃあそれだけ呼び出されるかといったら、それほどでもないです。ほとんどが電話対応で済みますね。24時間バックアップする体制が必要ですよということは、これはいろんなところで訴えています。

あと、死亡診断の問題が出てくるんですけども、医者は死亡診断は診にいけばいつでもできるんですよ。その辺も24時間以内に診ていないから死亡診断書は書けないかという先生たちが、もしいたとすると、それは間違いですので、医者は診にいけば死亡診断書はいつでもできます。24時間365日体制をどうするか。複数の医者が必要なので、やはり在宅というものを普及させていくためには、この辺のサポート体制というのが、今後国でどういうふうにしていくのかというのが、一番大事なことだと思いますね。今後の団塊世代が絶えるまでは、この辺の状況というのが、どういうふうに変っていくのかと



というのが、一つの大きなテーマになってくると思います。

看取る側、減りますよ。看取られる側、ふえますよ。ですから、その辺のことというのが、今後の本当の大きな課題ですね。その辺も含めているんことを国は打ち出してきたわけですけども、まだまだです。在宅療養支援診療所というのは、あつという間にこれだけの数にはなったんですけども、がん対策基本法にも、こんなことを言い出しているんですけども、いろいろとやれよと。言葉はあるんですよ、昔からあるんですけど、実際問題なかなか難しいですね。ですから、その介護をしていくとか、看護をしていくとか、医者も足りない、外国人の受け入れが必要になってくるし、もう既に入っています。では、ふえなきゃどうするの。そうすると、やはりどうしてもバックアップする施設というのが必要だと。これも随分と僕も訴えていますし、川越先生あたりも、僕も在宅で全国でかなりの数を診ている先生たちもこういうことを訴えているということですね。そういうところが、地域の中でどういう形で皆さんを支えていくのかということが大事で、こういうことをやりながら、それで地域の中で教育もやるし、研修もやるし、地域の先生たちへの代行もするしというようなことをやっていくようなことが必要だよということは、いつも言っていますし、こういうことをやっているところも、もう既に何箇所か存在しています。

あとは、最終的には死亡診断が問題になるんですけども、これはアメリカなんかは、もう訪問看護が死亡診断をできる州もあります。ですから、こういうことも一つの大きなこれからの課題かなと思います。

これは僕の患者さんです。全部がんの患者さんたちですけど、割と明るいでしょう。大変なんですよ、もう皆さん亡くなっちゃっていますけどね。これは寝たきりの患者さんですね。問題はだからこれなんですね。これをもとへ戻す。もとへ戻らなくてもバランスいいというところに行けばいいというふうに思いますね。ですから、一番やはりこの辺のことをバランスいい国になっていくために、いろんな制度がスタートしているということだと思います。こういう制度がスタートしているということですね。

1年たって看取りの数というのが発表されたんですけども、東京都、それなりの数は看取っているんですけども、まだこれだけの数にしか過ぎません、2万7,000人弱ですね、何と。多いところと少ないところがあるんですけども多いところは在宅専門の診療所、在宅で20人以上を看取っている専門の診療所が多いところが在宅での看取り率というのは高くなっていますし、そういうところが、少ないところが看取り率が少なくなっているという傾向にあるみたいです。

在宅で最後を看取るための最低の条件というのは、必ず看取る人がいること。家族とは限りません。今後独居もふえていくでしょうから、それがヘルパーさんになっていくのかもしれませんし、でも今のところは死亡診断書を書く医者を確保しておかなきゃいけないということが、一つはどうしようもないということです。

そのあと、我々がやっていることは、とにかくいつでも看取りに行くということは、最終的にはお線香をあげにいたり、いろんなことを最後のフォローとしてやっています。

ちょっと駆け足になってしまいましたけれども、こういうことで在宅医療ということで、日夜365日やっております。何かお手伝いできることがありましたら、いつでもお声をかけていただきたいと思います。ありがとうございました。

(赤穂座長)

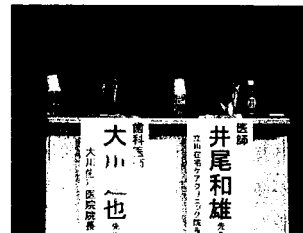
どうも井尾先生、ありがとうございました。限られた時間の中で、大変大きなお話を聞かせていただいたと思います。

それでは、パネラーの皆さんには壇上に上がっていただきますので、用意をさせていただきますと思います。

どうぞ先生方、よろしくをお願いします。それでは、お待たせいたしました。後半のシンポジウムにはパネルディスカッションということで新たにNPO法人自立支援センター立川の理事長でいらっしゃいます奥山葉月さんにも参加をしていただいております。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、各それぞれの先生方に講演の中で今回の主要なテーマでございますそれぞれの分野から、特に在宅における薬局あるいは薬剤師の皆さん方への期待といえますか、そういったことについてお話の中にはございましたけれども、改めて簡潔にお一人ずつこういうことを改めてお願いしたいと、要望すると、期待するという点について触れていただければというふうに思います。先ほどかなり大きなテーマもいただきましたが、井尾先生、改めて薬剤師の皆様方へのメッセージも含めて期待するところをお願いしたいと思えます。

(井尾氏)



早口で申しわけありませんでしたが、とにかく薬の供給ということですね。ですから、やはり医師、看護師、薬剤師、やはり一番この中で患者さんが本当に大事なものは我々じゃないんですよ。看護師でもないんですよ。薬剤師でもないんですよ。歯医者でもないんです。何でもありません。何が大事だ。痛みをとってくれる薬が大事。モルヒネが大事。そのモルヒネって誰が出すんですか。処方箋書きますよ、幾らでも。誰が持って行ってくれるモルヒネの説明をするのでしょうか。お休みの日にない、手に入らない。その間苦しんで痛い思いをする。その間に死ぬかもしれません。ですから、その辺のことをしっかりとお願いをしたいというふうに思いますし、飲み方も含め、さまざまな誤解をされている方たちがいるわけですから、その辺のことの指導もしていただきたいと思いますということが私どもの在宅をやっている側からの望みということですね。ほかのお薬もみんなそうなんですけれども、そういうことを切に望みたいと思います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。何よりもまず薬の供給が必要だと。しかも24時間、緊急時も含めて薬というものの提供というものが不可欠だと、こういうお話でございました。

続きまして、大川先生、よろしくお祈りします。

(大川氏)

私の方は歯科ということで、嚥下ということで、飲み込むということをお話しさせていただきましたが、やはり先ほど小鷹先生の方の発表でもございましたように、薬を飲んでいないという方がやはり現実としてあるということがあります。井尾先生の患者さんのようにターミナルというもまたちよつと違うところがございますが、やはり我々がターミナル以外にもたくさんの方が在宅ということになります。そういう方のお薬をどのように安全に飲ませることが、服用させることができるかということ、これは薬剤師個人ではなくて、会社、大きなメーカーにお願いすることでもあるかもしれません。嚥下ということを考えて薬剤の開発ということもお願いしたいですし、まず、訪問した薬剤師の方、ドクター、そして介護士の方、口を見てほしい。食べること、飲み込むことを見てほしいというのが私の連携の第一の希望でございます。

(赤穂座長)

ありがとうございました。実際に在宅訪問されている中で口が十分機能していない、薬についても飲んでいられないというような状況もある。また、そういう方たちが飲みやすいような、そういった薬の形態ですとか、性状ですとか、そういったものの開発も期待したい、こういうお話であったと思います。

続きまして、小鷹先生はちょっと薬局の立場ということですので、一つ飛ばさせていただきまして、準備されておりましたでしょうか、宇田川先生、先によるしくお祈りします。

(宇田川氏)

先ほども言いましたけれども、やはり病院から在宅に帰ってくる際の退院指導にぜひ薬剤師の方も入っていただきたいということと、あと、先ほどお話がありましたけれども、サービス担当者会議のときに特にケアマネージャーを兼務されている薬剤師の方は必ずそういう会議をつくって設定してほしいということです。同じ法人とか、連携のあるところならそういう会議をやりやすいと思うんですけども、新しく参入したというか、入ったステーションとか、そういうところはなかなか連絡がとれないので、その辺を中心になって、逆に薬剤師さんの方から開いていただきたいなと思っています。

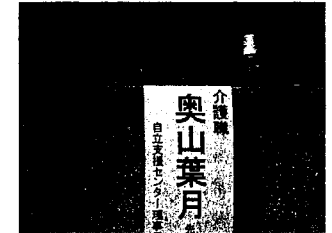
(赤穂座長)

ありがとうございました。病院から特に退院された場合、薬剤師の方にも参加をしていただきながら指導にも力を貸していただきたい。また、いろいろな事例検討とか連携会議とかありますけれども、そういったところにもどんどん薬剤師の方たちにも参加をしていただいて、連携を深めたいと、こういうお話だったと思います。

それでは、初めてのご発言ということですが、奥山さんの方から少し活動の紹介も含めましてお願いしたいと思います。

(奥山氏)

どうも皆さんこんばんは。自立生活センター立川の理事長をしております奥山と申します。きょうは本当は利用者の声ということで、薬に一番近い精神の仲間を連れてこようと思って、2週間前はみんな行く行くという感じだったんですけども、やはり思ったとおり落ちて、みんな物の見事に来れなかったということで、さっきも電話で、お願い、こういうことを言っておいてというのを仲間から言われました。そのことは後にお伝えすることにして、封筒に入れさせていただきましたパンフレットの方にうちの団体のパンフと通信を入れさせていただきました。私たちの団体は立川にエレベーターがついていますが、エレベーター運動とか、障害がある、私もそうなんですけれども、介護を保障してほしいということで、24時間介護保障を求めて、障害があっても地域で暮らし続けることをずっと立川で目指してきた団体です。私のように障害があってサービスを受けるだけじゃなくて、私たちが提供するというので、介護派遣の方も24時間365日やっています。私のような身体の者もいれば、難病で、先ほどお写真にあった脊髄小脳変性症の利用者さんもいらっしゃったり、ALSの方もいらっしゃったり、知的障害の方、精神障害の方、障害種別問わず、介護に行ったり、相談に乗ったりということをしています。先ほどのお話に戻しまして、いろいろみんなに聞いたんです。知的障害の仲間たちも余り前は元気なときとか、若いときはそんなにお薬飲まないんですけども、みんなだんだん食生活が乱れてきて、案外中性脂肪が高くなったり、成人病になったりという利用者が最近ふえてきて、お薬のこととか、糖尿病で一週間入院したりとかというのが出てきたんですけども、そういうときにどういうふうにしてほしいということを知的障害の仲間から聞いたら、薬の説明のときにいろいろ今すぐよく説明して下さるんですけども、お写真はわかるんだけど、文字がやはりルビがふってないんだよねということをおっしゃってたり、あと、先ほどすごくいいなと思った訪問の薬剤師の方がお薬のカレンダーをつくってくれておりましたよね。ああいうのがあると、やはり精神の方も知的の方もすごくよくわかるんですね。朝だったら朝って書くよりも朝日のマークが書いてあったりとか、絵でやってくれるとわかりやすいなというふうに言っていました。あと、すごくみんな薬剤師の方の対応とてもいいよと言って、やはり一人の大人として接してほしい、



でも、やはりわかりやすく話してほしいというのが知的障害の仲間からの声でした。あと一番お薬に近い精神の仲間できょうも来れなかったというお話をしたんですけど、すごくやはり昔は説明がなかったけれど、最近とてもよく説明してくれるんだよねという話がよく出ていたのと、あと、すごく助かったんだという例が処方箋が4日しか有効じゃないんだけれども、彼らは本当に状態が悪くなると家から一步も出られないので、処方箋が切れてしまったらいいですね。そのときに薬剤師の方が先生と連絡をとりあって何とかしてくれたというのがすごく助かったんだとか、そういうときは最悪先にファクスを送ってくれればよいよという声かけをしてくれたのがとてもよかったですということを書いていました。あと、本当に最悪調子が悪くてお薬を飲まなきゃいけないのにお薬がないというときに、届けてくれたんだということを書いていました。そのほかはやはり声かけをすごくしてくれてうれしいんだと言っていたのが、やはり眠れないときにそういうお薬が出ているときに、眠れないんですねとか、お薬が変わったときにお薬が変わりましたよとか、そういうこととか、あと、お薬手帳を見せたときに副作用のこととかを注意してくれるのが、とてもうれしいなというふうに言っていました。薬剤師の方が、それはお医者さんとつながっているからなのかもしれないですけど、お医者さんはとても忙しいんだけれども、薬剤師の方はよく話を聞いてくれて、薬の提案を薬剤師の方がドクターにしてくれて、すごく薬が、例えば粉が粒になったりとかもそうですし、眠剤を少し減らしてもらって、頓服に変えてもらったりとか、そういうことがすごくみんなにとってはよかったですということを私の方に伝えてくれました。みんながぜひぜひ伝えてくれということだったので、ちょっと早口だったんですけど、お伝えしました。

(赤穂座長)

ありがとうございます。活動についてはお手元にありますパンフレットや冊子、こういったものを見て、ぜひまた理解を深めていただきたいと思いますが、特に関係する皆さん方からの声ということで、単にお願いばかりじゃなくてこういうのは非常によかったという評価の点も伝えていただきました。

さて、こういったいろいろな各方面からのお話を聞きながら薬局、薬剤師の立場ということで、先ほどもいろいろお話をいただきましたけれども、改めてこういうことを今後やっていきたいとか、あるいは特に、そうはいつでも現場でがんばっているんだけれども、この辺はちょっと困っているとか、逆にまた各先生方への注文とか、そういうものがありましたら補足をお願いしたいと思います。

(小鷹氏)

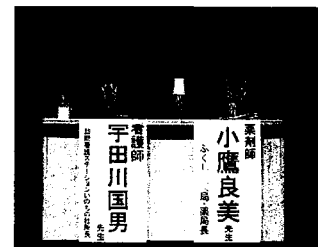
在宅をやっている一番心苦しく思うのが、やはり24時間薬を供給できないということです。ただ、薬の相談は一応24時間携帯の方で受けていまして、がんの患者さんからも、例えば実際にあったのは夜11時過ぎくらいですけど、痛みが出てきて、こういう場

合はどうしたらいいんだろうかというような話で、1時間後に飲む予定のモルヒネをまず飲んでという話をしたことがあるんですが、なかなか麻薬も全部さつと処方箋通りに開局していないときに出てお届けするというようなことができないのが一番心苦しいかなと思っています。ただ、各職種で持ちつ持たれつじゃないですけど、例えば薬剤師が行けないときはケアマネージャーさんに行ってもらったり、訪問看護ステーションの看護師さんに届けてもらって、あとで電話でちょっと指導したりとか、そんなようなこともやっています。あと、ステーションの看護師さん、処方箋が入っていればなんですけど、その患者さんが例えば褥瘡なんかでなかなか同じようなお薬がずっと出ているので、ちょっとこれ薬剤師として見た方がいいんじゃないかというときは、訪問看護ステーションの看護師さんに入浴の時間を教えていただいて、一緒に褥瘡を見て、こういうときはこんなお薬の方がいいのではないかという提案なんかもさせていただいたりしています。なので、声をかけていただければできる範囲でいろいろしたいと思いますので、きょう歯科の先生からも口のことを言われました。そういう目で私たちちょっと見ていないなという感じを受けました。だから、お薬としては口腔崩壊錠なんかが出始めていますので、そういう点では少しはメーカーの方も考えてきているのかなという感じは受けました。何よりやはり私たちがやっていて励みなのが、患者様が待っていてくれるというのがすごく励みでして、例えば暑い中行くと、エアコンのこっちが効いているからここへ座ってなんていって、みのもんたがこんなことを言っているんだけれども私の薬は大丈夫かしらとか、歯医者さんへ行くんだけれど、前何か歯医者さんへ行くときは声かけてっていったけど、私が飲んじゃいけない薬があるのかしらとか、そんな話をしてくれたり、もっと仲良くなるとおせち料理の味見まで頼まれたりとか、そういうことがすごく私たちのやりがいになっていますので、みんな声かけていただければどこでもできる限り出ていきたいと思っておりますので、こういう機会にまた何かありましたら声をかけてください。

(赤穂座長)

ありがとうございます。24時間体制ということでは大変現場でもご苦労なさっているということでございましたけれども、大変貴重な提案だったと思いますけれども、お互いの仕事、活動を相互に理解しながら、情報を共有していくということ、そして、何か声をかけていただければということでございました。これは大変重要なことではないかと。お互いに声をかけて、よかつたらいかがですかという仲間をふやしていく、輪を広げていく、こういう努力はお互いに必要ではないかということだと思います。

さて、時間は限られておりますが、ここでせっかくでございます、フロアの皆様方からきょうのお話をいただきました各講師の方々にご質問がある、あるいはご意見がある、こ



ういう方がございましたら遠慮なく、若干時間がございますので挙手をお願いしたいと思います。そして、どなたにご質問、ご意見、あるいは特にということでもなくても結構でございますが、どなたかお手を挙げていただき所属なりお名前なり聞かせていただいて発言をしていただきたいと思いますけれども、いかがでしょうか。どうぞ遠慮なく。

(フロア発言)

ありがとうございました。大変貴重なお話ありがとうございました。明治薬科大学のヤザワと申します。井尾先生と大川先生と宇田川先生にお願いしたのですが、薬剤師がこれから地域連携ということで加わっていくときに、医師、歯科医師、看護師という立場から薬剤師に何をまず伝えて、そちらから薬剤師に何を伝えるかという、そういう基本的なことが何かありましたらそれを。

それからもう一つ、薬剤師がその仲間として加わるときに、薬剤師からどういうことをそちらへお伝えすればよろしいかという、ちょっと雑駁な質問ですが、もし何か思い当たることがあればお教えいただきたいと思います。

(赤穂座長)

それでは、井尾先生から順番によろしく願いいたします。

(井尾氏)

一番はやはり我々の知識と情報を患者さんにちゃんと伝えていただきたい。我々かなりな数の患者さんたちのところを回るんです。最初にお話をします。モルヒネってこんなものだよ、この薬ってこんなものだよ、副作用はこうだよと。それをやはり我々と違った立場で薬剤師の立場で患者さんと、一番大事なことはご家族です。ご家族にしっかりと副作用の説明をすると。それも一番大事なポイントをきちんとしぼっていろいろとお話をしたいんではないかというのがあります。モルヒネさまざまな副作用があります。ですけれども、一番の在宅もしくは病院で困る副作用はいろいろいろいろなことを、最初のうちは吐き気があるとか、いろいろありますけれども、ほとんどが困ることは便秘ですね。ですから、そのことを中心にきちんとお話をしていただくと。あとは我々が見ているのはがんの患者さんですから、余り副作用を過大に評価しないような形でお伝えいただくと、非常に最後を迎えるに当たって、非常に苦しい思いをされないという。余り副作用のことばかり考えていると薬を飲まなくなっちゃったり、ですから、その辺のことをしっかりと伝えていただければありがたいかなと思います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。

大川先生、よろしく願います。

(大川氏)

僕の立場ですとターミナルの患者さんに最後に好きなものを一口でいいから食べてもらいたい。それと、さようならという言葉と言える口をつくりたいというのがターミナルですと目的になります。そういうことからすると、薬剤師に求めることと言いますと、やはり家庭に訪問すると家庭に入るということですから、先ほど井尾先生もおっしゃったように家庭を見るということ、これは家族、患者さんだけではなくてその家庭環境に足を踏み入れるということは非常にいろいろなものが見えてくるということになります。したがって、さっき待っていているという話がありましたね。我々もそうです。我々が来ることを楽しみにしています。そのときになかなか時間が合わない飲み込むということを直接見られないかもしれませんが、できるだけその薬が本当にきちんと飲まれているのか、服用されているのかということで、口、飲み込みをもう一度話の中で皆さんに見ていただく。いろいろな方がチェックした方がいいということです、歯医者だけでなく、栄養士、それとか保健士、いろいろな方、介護職の方全ての方が食べるということ、飲み込むということをチェックしていただくと、それをドクターに、そしてまた、歯科医にというふうに上げていただいて、その人に安全に飲み込めるようにまた支援させていただくことを連携の一つとしていただきたいというふうに考えております。

(赤穂座長)

では、宇田川先生、よろしく願います。

(宇田川氏)

訪問看護婦が気軽に薬剤師さんに聞けるように、お互いに忙しいと思いますけれども、そういう時間をつくっていただいて、本当にちょっとステーションにいろいろ聞いたんですけど、薬の飲み合わせの問題とか、飲みにくいときにどうやって飲ませればいいのかとか、ちょっといろいろ工夫はしているんですけど、そういうようなちょっとした疑問がいっぱい出てきたんです。そういうのを本当にわかりやすく一緒に説明していただければいいかなと思います。あと、先ほど言われたように、入浴の時間に一緒に行って褥瘡と一緒に見たかという話がありましたけれども、そういうようなことを少しずつでもできていったらいいかなと思っています。

(赤穂座長)

ありがとうございました。先ほどのご質問の中には、逆に薬剤師の方たちから先生方に何を伝えたらいいかと、こういう趣旨でございますね。両方ですね。患者さんに何を伝え

るかということと同時に、先生方に薬剤師さんから何を伝えたらいいかという、こういうことはぜひ先生方に伝えておいてほしいとか、そういう点ではいかがでしたでしょうか。何かございましたら。

(大川氏)

先ほども言いましたように、飲むところを実際に見る。薬を飲んでいないということがわかれば何かに問題があるということで、例えば飲み込みに問題があるのであれば飲んでいない。それをこちらの方に相談していただきたいということですね。実際に我々外科処置をしない限りは薬を出すことはありません。先ほども言いましたように、僕が患者さんに出す薬は唾液だけです。そういうものですから、そういう中で薬と直接関係はない。でも、飲み込みということをやることによって、薬剤師、医師、介護職と全部と一緒に考えられるということで、そこを皆さんが同じように見ていただきたいということで、それを持ち上げてほしいということです。

(赤穂座長)

今のお話を聞いて井尾先生の方で補足がありますか。

(井尾氏)

今、看護師さんたちとか薬剤師さんたちとかと仕事をしているわけですけども、必ずその日に見た看護師さんたちからは必ずファクスが入っています。我々が見てないときに必ずこんな状況でしたよ、先生こんなことを言っていましたよとか、家族はこんなふうにしていましたよとか、薬こんなたまっていましたよと、いろいろな情報は毎日毎日入ってきます。そういうことをきちんと連携をとるということは、そういう情報の交換ということですけども、やはりどこかに情報を流さなきゃいけないので、そういうことであればそういう連携をしている診療所に情報を全部伝えて、薬こんなたまっていました、飲んでいませんでした、便秘は本当はこんなに続いていましたということは上げていただくと、それに対して我々また次の手が打てますので、そういうことが一番大事かなというふうに思っています。

(赤穂座長)

こういうお話を聞かれて、薬剤師の立場から小鷹先生いかがですか。

(小鷹氏)

在宅に限らず、薬は飲んでもらってやはり治療につなげるというのが最終的に薬剤師の仕事だと思っています。なので、副作用もそうなんですけれども、やはり薬の必要性というのを理解してもらうのが、そのためにかなりの労力を使っているかなと思います。在宅

患者さんと話をするときは外来患者さんより長い時間を接しますので、結構飲んでいないということがわかると、患者さんと一緒にあちこちの引き出しを、この辺に入れてないとか、薬を探し出したりして、コンプライアンスの確認なんかをしています。あと、ヘルパーさんなんかがよく患者さんのそういう状況を知っていますので、ヘルパーノートみたいなのにそういう薬局からのメモも書かせていただいて情報交換もしています。時間をかければ在宅なんかはかなり時間をかけますので、そういう面では外来患者さんよりそういう面が見えてきて、こちらをもっと突っ込んだいろいろな指導ができていかなと感じています。

(赤穂座長)

ありがとうございました。

奥山理事長の方から何かせつかくですので、今のやりとりを伺って、ぜひこの一言をということがございましたら、よろしく願います。

(奥山氏)

ありがとうございます。きょうこういった医療、私はずっと福祉分野で来ているので、医療の声が聞いてよかったなというふうに思います。やはり福祉の分野と医療の分野というのなかなか現状うまくつなげていなくて、私ケアマネージャーの資格とか社会福祉士とかも持っているんですけども、どうしても医療は医療で固まってるところがあるんですけども、私たちの団体でも、先ほど伝えた精神の仲間たちとかかわりが最近できて、医療ともちょこちょこつながるようになったので、そういった中に私たち訪問介護の方や相談業務の方も入れていただけて、医療と福祉もつながるようになるといいなというふうに思っていますので、よろしく願います。

(赤穂座長)

ありがとうございました。きょうのシンポジウムのテーマの核というのは、やはり地域医療連携ということで、他職種との連携の始め方というのがこの皆様方の冊子の表紙に書いてございます。いろいろきょうの発表者の講演者の方のお話なんかを聞いていますと、幾つかのキーワードが出てきたかなと思うわけです。まず、やはりどうしても情報という



ものをお互いに共有しなきゃいけない。共有するためにはきちんと相手方に届けなければいけない。それから、その発信された情報をきちんと受けとめなければいけない、こういう意味における情報ということが大変重要なということが一つあったと思います。それから、お互いに理解をきちんと深めるという意味では一緒に仕事をしていくという、協働といいますが、これを積み重ねて

いってお互いに理解を深める、お互いの現場を理解する、こういったことも必要だと思いますし、きょうのような形でやはりディスカッションを通じて日ごろの活動を披露していきながらお互いに理解を深める、こういう場をもっともつとふやすということも必要であるなどというふうに思いました。また、そのことを具体的に現場で確実なものにしていくためには一定の地域におけるルールなり、あるいはツールというものがなければいけない、そういったことについてもそれぞれ表現は違うけれども、ポイントを抑えて指摘していただいたというふうに思っております。力不足ですのでまとめということにはなりませんけれども、ご承知のように、平成18年9月に新薬剤師行動計画というものが日本薬剤師会の方でつくられました。20年2月、ことしの2月では在宅服薬支援マニュアルというふうな形で具体的に方向性が出てまいりました。お話の中にも出ておりますが、4月からの20年度の診療報酬改定の中でも在宅ということを重視しながら、その中における薬剤師の皆様方の活動についても、一定の高い評価が導入されているというふうな動きがございます。そういう中で在宅における医薬品使用、保管の安全確保の観点から、患者さん、あるいはその家族の皆さんへの薬剤師による服薬指導ですとか、医薬品の保管、管理、こういったものへの情報提供が一つの大きな役割になってきております。また、医薬品等の使用に伴う副作用とか、そういったものの情報収集、提供、これも大きな形になっておりますし、また、実際に在宅の患者さんが薬を飲まないでため込んでいるというふうなこと、そういったものの処理も含めまして、あるいは麻薬等が適切かつ円滑に適用されているか、そういう体制整備、非常にこれは特に井尾先生など特に在宅での看取りという立場からはそういったものが緊急を要した場合に非常に不便をしているというふうなこともございました。そういったものの体制整備をこれからどうやっていくか。行政の役割も大きいというふうに思っておりますけれども、地域の皆様方のいろいろな角度からのご理解、ご協力をいただきながら、今後の地域医療の連携のためにきょう新たなスタートとしてがんばっていったらというふうに思っております。

非常に不慣れな進行役で皆様にはご迷惑をかけましたけれども、ここで私の役割を解放させていただきたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(司会)

各先生方、座長を務めていただいた赤穂所長、ありがとうございました。

閉会に際しまして、最後に東京都薬剤師会北多摩支部支部長、小川光一よりごあいさつをいただきたいと思います。

(小川支部長)

どうも皆さん、こんばんは。北多摩支部長の小川でございます。パネラーの先生方、今日はどうもありがとうございます。



いました。また、快く座長をお引き受けいただきました保健所の赤穂所長様、ありがとうございました。やはりきょうかなり具体的なご提案とかもいただいたのかなど、そしてまた、切れ目のない医療にどう対応していくかというのも随分考えさせられてしまうような、そんなシンポジウムだったと思っています。現場においても、やはりこういう勉強会においても顔を合わす、いろいろな職種の人が顔を合わすというのはきつといいことなんだというふうに思っています。この先もいろいろな職種の人たちと協同してやっていかれたらいいなど。支部薬剤師会といたしましても、今日のいろいろなご意見を参考にさせていただきますので、できるものはできるだけ形にしていくというふうに対応したいと思っておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、これで私の閉会のごあいさつとさせていただきます。遅くまでありがとうございます。ありがとうございました。

(司会)

それでは、閉会となります。皆様お疲れさまでした。ありがとうございました。

シンポジウムを終えて

北多摩支部では、シンポジウムにおいても要望のあった休日・夜間における調剤による医薬品等の供給に向けて医療連携に関わる委員会を立ち上げ現在検討中である。

また、これから在宅医療に取り組んでいこうとする薬局に対して、他職種との連絡調整の窓口となるため具体策を現在検討中である。