

○青木義照委員長

次に、所管事項の調査についてであります。本日のテーマは「宮津・与謝地域の在宅医療・療養に対する体系的支援と在宅看取りの取組について」であり、通知をお送りしました略歴のとおり、参考人として、一般社団法人与謝医師会副会長、今出クリニック院長の今出陽一朗様に御出席いただいております。

本日は、大変お忙しい中にもかかわらず、本委員会のために快く参考人をお引き受けいただき、誠にありがとうございます。

今出様におかれましては、1984年に京都府立医科大学を御卒業後、京都府立医科大学附属病院や国立舞鶴病院、京都府立与謝の海病院などで勤務され、2005年には今出クリニックを開設されました。クリニック開設後は、特に高齢者に対する総合医療（老年内科）をライフワークとし、往診や在宅医療にも精力的に御活動されており、多職種連携や医療・介護連携を強化し、地域包括ケアの構築に取り組まれていると伺っております。また、地元医師会だけでなく、京都府医師会の代議員会副議長としても、京都府における医療の充実に向け、御活躍されておられます。

本日はそういった日頃の御活動を踏まえたお話をお聞かせいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、初めに理事者からテーマに係る説明を聴取いたしたいと思いますが、説明の準備が整うまでしばらくお待ち願います。

それでは、理事者から説明を聴取いたします。説明は、簡潔明瞭にお願いいたします。

6:

○健康福祉部副部長（地域包括担当）（安原孝啓）

それでは、京都府の看取りに関する取組につきまして御説明いたします。

まず、看取りに関する取組に関連するデータといたしまして、全国的な高齢化の推移と将来推計について御説明いたします。

我が国の総人口は、2010年をピークに、長期の人口減少過程に入っております。総人口が減少する中で65歳以上の高齢者人口は増加し、高齢化率は2023年時点で29.1%、2070年には38.7%と上昇を続け、国民の3人に1人以上が65歳以上になると推測されております。特に医療・介護ニーズの高い85歳以上の人口が増加し、同時に少子化による生産年齢人口の減少、医療・介護を支える担い手不足という課題にも直面いたします。

続きまして、京都府におけます死亡の状況についてです。

こちらは、京都府の死亡場所別の死亡者数の推移を表したグラフです。

全国的な傾向と同じく、府内死亡者数は年々増加傾向にあります。死亡場所別では、介

護施設や自宅で亡くなる方の割合が増加をしています。

京都府におきましては、高齢者が住み慣れた地域で医療・介護・福祉のサービスが切れ目なく一体的に提供され、安心して最期まで暮らせる京都式地域包括ケアシステムを構築するため、関係団体が結集して京都地域包括ケア推進機構を設立しております。

推進機構では、各構成団体の専門性を生かして5つのプロジェクトを推進しております。中でも特に重点的に推進すべきプロジェクトを「3大プロジェクト」と位置づけておりますが、先ほどのグラフで説明したような死亡者数の増、それから死亡場所の変化等に対応するため、看取り対策プロジェクトを3大プロジェクトの一つに位置づけ、重点的に展開しております。

看取り対策プロジェクトでは、京都の持つ資源と府民及び関係者の力を結集し、本人や家族の状況に応じて療養場所や医療・介護等のサービスを柔軟に選択できる環境整備と体制の構築に取り組んでおります。

平成26年度に『『さいごまで自分らしく生きる』を支える京都ビジョン・京都アクション』を策定し、府民意識調査によって得られました府民の方の人生の最終章の願いについてまとめ、これらを踏まえた目指すべき看取り社会の姿と対策の方向性を示しました。

ビジョンの実現に向けまして、リーフレット等の作成・配布、府民講座の開催による看取り文化の醸成、関係団体と連携した専門的人材の養成など、これまでから様々な取組を行っておりますので、概要を御説明いたします。

まず、看取り文化の醸成についてです。

こちらは、推進機構で作成したACP（アドバンス・ケア・プランニング）の啓発に係るリーフレットです。最期まで自分らしい生活が続けるための意思決定ができるよう、健康なときから療養場所や医療・介護について考え、家族や友人らと話し合ってもらいかけとするために作成したものであります。プロジェクトで検討を重ね、ACPを「人生の終い仕度」という呼び方にしております。

併せて、医療・介護専門職の方がリーフレットを使ってお話しされときのポイントについてまとめた解説編も作成しております。また、最期まで在宅で過ごしたいと考える御本人・御家族に少しでも安心していただくために知っておいてほしい内容をまとめたリーフレットも作成しております。

府民の方向けには、漫画を用いた普及啓発も行っております。京都精華大学の協力の下、事例に基づくストーリーを内容とし、こちらにお示しをしているものも含めまして3種類作成しております。

続きまして、毎年、京都府医師会との共催によりまして地域包括ケア府民公開講座を開催し、人生の最終段階をどのように過ごすのかについて考えていただく機会としております。御要望に応じた団体向けの出前講座も行っております。

続きまして、専門的人材の養成についてです。推進機構の構成団体と連携し、看取りに関わる様々な専門職に対する研修を実施しております。

医師向けACP・意思決定支援に係る研修は、かかりつけ医を主な対象として、アドバンス・ケア・プランニングを踏まえた意思決定支援について認識を深めていただくことを目的として平成29年度から実施をしております。

看取りサポート専門人材の養成研修は、在宅における看取り支援のため、京都府看護協会、京都府介護支援専門員会が主体となって、看護師、介護支援専門員を対象として平成27年度から実施をしております。

施設における看取りケア人材養成研修は、京都府老人福祉施設協議会と京都市老人福祉施設協議会が主体となって、介護施設職員を対象として平成28年度から実施をしております。

最後のスライドとなりますが、その他、看取り環境の整備といたしまして、施設看取りの推進では、医療・介護等の多職種間の緊密な連携や、御本人や御家族との信頼関係の構築、職員の看取りに対する意識の醸成や経験など、施設で看取りをしていくに当たっては多くの課題がある中、「看取り支援 施設ガイドブック」は、多職種間の情報共有、最期のときの対応、グリーフケアの具体的なガイドとして策定しております。また、平成30年度から施設長を対象とした看取りケア研修も実施しているところでございます。

ここまで看取り対策プロジェクトの各取組について御説明させていただきました。

今後とも、本人の意思を尊重した、その人らしい生き方の支援、様々な場所でより質の高い看取りを実現するための体制の構築に引き続き取り組んでまいります。

以上が京都府の取組でございます。御議論のほど、よろしくお願い申し上げます。

7:

○青木義照委員長

次に参考人の御意見を拝聴いたしたいと思いますが、準備が整うまでしばらくお待ち願います。

それでは、**今出**様、よろしくお願いいたします。

8:★**今出陽一郎**の講演

○参考人（今出陽一郎）

失礼いたします。今出です。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

テーマは、先ほど御紹介ありましたように、宮津・与謝地域の在宅医療・療養に対する体系的支援と在宅看取りの取組についてお話をさせていただきます。

まず私の略歴ですが、これは省略いたします。

私たちの与謝医師会と中核病院である北部医療センターの一次医療圏であります。これは、天橋立の近くにある宮津市、伊根町、与謝野町、この1市2町でございます。

その1市2町の人口と高齢化率であります。3つ合わせまして3万7,693人と、非常に過疎の地域で、高齢化率は41.5%。これは、国とか京都府の29%をはるかに超えた数字となっております。

私たちの病院と診療所ですが、1つが地域中核病院の北部医療センター、もう一つは通常の宮津武田病院、そして診療所が31か所、会員数が61名と、非常に小さな地区医師会でございます。

これが死因の統計であります、特に三大死因に注目しております。ここに「平成30年」と書いてありますが、平成29年までは第1位が悪性腫瘍、第2位が心疾患、第3位がずっと肺炎でした。それが平成30年から初めて「老衰」という言葉がこの三大疾患に入ってきました。これはどういうことかといいますと、病院では一般的に「老衰」と死亡診断書に書くことはまずありませんので、今まで、施設には入っていたものの、いざ最期は病院に行くというパターンが、厚生省の様々な加算もあって、徐々に施設で看取りをするようになってきたと、そういう傾向だと思われます。

これが死亡場所の死亡数の推移。これは全体像で、先ほど言いました老人ホーム死が徐々に増えております。そして、ここでの特徴は、2019年から在宅死が増えていて、そして病院死が減っていると。これは、私たち医療者が感じている需要の変化とマッチしたものととなっております。

これは私たち管内での死亡場所であります。病院が55%。これは、全国平均が66.9%ですから、12%ほど少ない。そして、福祉施設が21%。これは全国の10%をはるかにしのいでおります。自宅が22%。これは全国平均より5%ほど多いと。ということで、統計として我々の地域では、病院での看取りが少なく、自宅と施設の看取りが多いと、そういうような結果でございます。

これが京都府内市町村別の自宅死の割合です。京都府には26市町村あります。ですから一番左から一番右までが26個あるわけですが、そのうち、私たちの宮津市、伊根町、与謝野町は一応5位以内に入っております。

これが同様の老人ホーム死の割合でございます。同様に、宮津市、伊根町、与謝野町は5位以内に入っております。

これで先ほどの自宅死と合わせますと、自宅死とホーム死、老人ホームの死亡を合わせて「看取り率」と言います。この地域看取り率が高いほうが、その地域が過ごしやすい、あるいは地域包括ケアシステムが充実していると、日本医師会ではそのような指標としております。それがこの宮津市、伊根町、与謝野町は全て5位以内に入っております。決してこのことは私たちの地域が過ごしやすいというようなあかしにはなりませんが、ただ、私のように地域医療・在宅医療に携わっている者として、こういう結果は一つの励みにはなります。

さて、ここからが本日の本題であります。「当地域の在宅医療・療養を体系的に支援する取組み～ACPを活用した『マイホームミクスにおける3本の矢』～」と呼んでおりま

す。

まず、宮津・与謝地域の在宅医療戦略を、通称ですが、『マイホームミクス』における『3本の矢』と呼んでおります。このマイホームミクスとは、宮津・与謝地域の在宅医療戦略、これを英語表記しました「Miyazu Yosa Home Medical Care Strategy」、このM i ・ Y ・ H o m e ・ M ・ C ・ S、これを略したものであります。そして、3本の矢とは、第1の矢が「ACP／人生会議による本人の想いの確認・共有」、第2の矢が「多職種連携による丁寧で切れ目のない支援」、第3の矢が「在宅看取りサポートシステムによる後方支援」でございます。

これらをまとめた、医療・介護者用のリーフレットを昨年1月に発行いたしました。そして、一般住民用のリーフレットを9月に発行しております。皆さんのお手元にあるこういうピンク色のやつ、これが実際のリーフレットであります。こういうものです。

このパワーポイントでこのリーフレットの説明をさせていただきます。

まず、表紙であります。表紙の上には「ご自宅での生活や最期を望まれる方へ」として「<<一般住民用>>」と書いてあります。「宮津・与謝地域の在宅医療戦略 通称『マイホームミクス』における『3本の矢』」とタイトルしています。その下に「※マイホームミクス（MY Home MCS）とは『Miyazu Yosa Home Medical Care Strategy』の略で『宮津・与謝地域の在宅医療戦略』を表しています」と。

その表紙の下であります。「身体的健康度が下がって要介護状態になっても3本の矢で、自分らしく幸せや楽しみ、安らぎを感じながら過ごせるように、想いに沿った体系的な支援を行います」ということで、先ほどと同じ、第1の矢が「ACP／人生会議による本人の想いの確認・共有」、第2の矢が「多職種連携による丁寧で切れ目のない支援」、第3の矢が「在宅看取りサポートシステムによる後方支援」でございます。この下に「（一社）与謝医師会・在宅医療の推進に関する協議会」と記載をしております。

これがページを開けた2ページ目の上段であります。これは、身体的健康と心の幸せ度並びに御家族の負担度を示したイメージ図です。これが、我々が新たに考えた概念図であります。

まず、左であります。この青い、こういう線ですね。これは身体的健康がどんどん落ちてきて、最後は死亡に至ります。このようにどんどん身体的健康度が下がっても、第1の矢、第2の矢、第3の矢、この3本の矢の支援によって本人の幸せ度、下手したら、これのがたと落ちる人もいらっしゃるわけですが、この3本の矢の支援で本人の幸せ度を高い位置、高い水準に保とうと、そのような取組であります。

そして、右であります。これが御家族の負担度です。このように患者様の身体がどんどん落ちてきて介護状態が大きくなると、御家族への精神的・身体的負担は、この紫の点々ですが、限りなく大きくなります。そして、在宅療養が継続できなくなるほとんどの理由は、この御家族にかかる負担であります。それを、この第1・第2・第3の3つの矢で最小限にすると。その御家族の負担を最小限にすることで在宅療養を継続しようと。そし

て、もし本人が望むのであれば在宅で看取ると、そのような取組であります。

つまり、3本の矢で本人の幸せ度を高い水準に保ち、そして御家族の精神的・身体的負担を最小限にするというものでございます。

ここからが3本の矢の説明になります。

まず、「第1の矢 ACP／人生会議でご本人の想いを大切にします」というところでACP（人生会議）の説明にこの下を書いてある「考えてみてください『人生会議と私の思い』」というリーフレットを使用いたします。そして、このリーフレットの説明の際に本人の思いと人生観等をお聞きして、望まれる在り方に近づけるというものであります。

ここでこの人生会議のリーフレットについて少し御紹介させていただきます。

まず、アドバンス・ケア・プランニング。先ほどの説明でも少しありましたし、皆様よく御存じかもしれませんが、簡単に説明をいたします。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）。人生の最終段階（終末期）における医療・ケアについて親族や大切な人と話し合い、自分が望む自分らしい生き方を考えて、その思いを親族や大切な人と共有していく過程（プロセス）であります。日本では2018年11月に専門委員会で「人生会議」と命名され、「いい看取り・看取られ」という語呂から、11月30日を「人生会議の日」と設定しました。厚生労働省は「もしものときのためにあなたが望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組」と説明をしています。そのような思いを紙面に記録するものにリビングウィルや事前指示書などがございます。

そのリビングウィル・事前指示書とはですが、まずリビングウィルというのは生前の意思表示のことです。ACPによって明らかになった考えや希望に対して、自身が意思決定能力を失ったときに備えて、自らに行われる医療行為や延命処置などについて前もって意思を文章に残していくものであります。その一部に尊厳死宣言などもあります。

そして、事前指示書（Advance Directive）。これは、上記のリビングウィルにさらに、御自身が意思決定能力を失ったときに自分の代わりに医療行為を判断してくれる人、これを我々は「医療代理人」と呼んでいます。その医療代理人を記名したものを加えたものがこの事前指示書でございます。

つまり、ACPそのものは、その人の考え方や思い、生きざまなどを大切な人と話し合い、共有することですが、その一部に終末期を過ごす場所や延命処置などに対する考え方、それを記載したものがAD（事前指示書）であり、リビングウィルであります。つまり、このACPの中にADやリビングウィルがあるという、大体このような位置関係になります。そして、最終的に延命処置などをするかどうか、そのような医学的判断は医者が行うということになりますが、このような事前指示書やリビングウィルに記載されていれば、極力本人の意思決定に準じた判断がなされるものと考えられています。

ACP（人生会議）の普及啓発について、我々与謝医師会の取組であります。

まず、取組の（1）としまして、シンポジウムなどでの普及啓発活動。これは全国様々

な医師会や様々な行政が行っております。与謝医師会では、行政と共同でACP、2018年11月からは、人生会議に関して、毎年地域住民向けのシンポジウムで紹介や説明をしています。また、地域ケア会議、紙面会議、この紙面会議は全戸に配布をしました。病院と開業医との連携会議などで積極的に普及啓発活動を行ってきました。しかしながら、残念なことに、医療・介護関係者にはある程度普及・理解が認められていますが、地域住民への普及・浸透はごく一部にとどまっているというのが現実であります。

そこで取組の2番目であります。地域住民向けのリーフレットの作成を試みました。ACP（人生会議）のきっかけづくりとして、地域住民になじみやすいリーフレット『『人生会議と私の思い』（事前指示書：簡易版）』を令和3年1月に作成し、それを1年間使用した上、令和4年1月にその改訂版を発行いたしました。

このリーフレットの特徴であります。地域住民になじみ親しみやすいようにイラストを多用しております。そして、要介護状態になってからの生活のイメージ図を掲載しております。さらに、事前指示書を最小限の3項目だけに絞り、ACP（人生会議）のきっかけづくりとなるように、そのツールとして事前指示書の記載をごく簡潔にいたしております。

これが皆様のお手元にある2つ目のリーフレットであります。このようなものであります。

まず、この表紙であります。右側であります。「考えてみてください『人生会議と私の思い』（事前指示書：簡易版）」となっております。

この左が、ちょっと見にくくて申し訳ないですけれども、従来私がこのリーフレットを作るまで積極的に用いてきた事前指示書であります。このような白いA4版で書かれております。これは今でも事前指示書としては十分に成立します。ただし、ACPとか人生会議、これを普及するためのきっかけづくりとしては、ちょっとこれでは使用しにくいなといったところであります。

これが人生会議のリーフレットの2ページ目の上段であります。「人生会議・ACPと事前指示書とは」。これは先ほどした説明とほぼ一緒であります。ちょっと読ませていただきます。

「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）とは、人生の最終段階（終末期）における医療・ケアについて、親族や大切な人と話し合い、自分が望む自分らしい生き方を考えて、その思いを親族や大切な人に伝えること」です。京都府では、京都府民になじみやすいように、先ほど紹介がありましたが、「人生の終い支度」という言葉を使用しております。「いい看取り・看取られ」で11月30日が「人生会議の日」と設定されました。そして、その思いを紙面に残すのが事前指示書であります。患者様が御自身で判断、意思決定、意思表示ができなくなられたときに、主にご家族、主治医（かかりつけ医）の参考になると思われます。そして、その思いを記した事前指示書はいつでも修正・撤回ができます。また、これは法的な意味はございません。

そして、このリーフレット2枚目の下段であります。要介護状態で通院ができなくなつてからの生活をイメージしております。このACPを考えると、一般の住民の方はそう言われてもなかなか将来的なことがイメージできませんので、このリーフレットで初めてこういうものをつくってみました。

まず、こちらが自宅での生活であります。まず、御自宅には、医者や看護師、ケアマネ、ホームヘルパー、こういうような多職種の人たちが訪問して支援をいたします。その御自宅での生活と並行して、施設でのデイサービスやショートステイ、これを利用することとなります。このデイサービスやショートステイに関しましては、最初のうちは少し構えたり、遠慮があったりして少しなじみにくいこともありますが、徐々に慣れ親しみ、自然と我が家同様に自分らしい生活が送れるようになります。つまり、我が家が1つ増えた、そんな環境であります。つまり、自宅が第1の我が家、施設が第2の我が家と、そのような位置づけになります。

そして、環境的に許される方は最期まで自宅で過ごされ、住み慣れた今までどおりの生活で御自宅で看取りをされると。これは、ある意味、最も理想的なパターンだと考えられます。

ただし、一部の方はやはり介護度が高くなり、御家族の負担も大きくなる。また、その頃には、その患者さん本人が施設に非常に慣れ親しんでいて、患者さん並びに御家族が、御自宅よりも施設のほうが過ごしやすいと、そのように思われた場合には、最後の数年間は施設での生活となります。この際には介護職員が家族同様に支援をいたします。

先ほど言いましたけれども、自宅での看取りと施設での看取り、この2つの看取りを合わせて「地域看取り」と言いますが、地域看取りの割合が多いほうが、その町は過ごしやすいうちです、地域包括ケアが充実していますよという指標だと言われております。

さて、ここからが事前指示書の項目となります。項目は最小限の3項目だけに絞っております。

まず1番。「終末期を迎える場所はどこがいいですか」ということで、1番「自宅 住み慣れた今まで通りの生活です」、2番「施設（第2の我が家） 介護職員が家族同様に支援します」。3番「その時の居住場所」。これは自宅以外の家族や親族の場所などが多いです。4番「病院」となっております。

2番目。「終末期になった時の希望」ということで、「1)延命のための人工呼吸器」。こういうイラストをつけております。「してほしい」「してほしくない」「わからない」。2番「胃瘻等による栄養補給」。これも右にイラストをつけております。「してほしい」「してほしくない」「わからない」。3)番「特に医療処置を行わない自然な最期（自然な形で寄り添いと見守り）」。自然で平穏な最期と。これは我々の言うところの平穏死というものの内容であります。今までの従来の事前指示書には、この項目は全くありません。これは一般地域住民に向けた、この人生会議をしていただく上で、新たにこのリーフレットで平穏死の内容を追加いたしました。

3 番目、「ご自分で希望する医療が判断できなくなったとき主治医（かかりつけ医）が相談すべき人はどなたですか」。これが医療代理人の氏名ということになります。夫・妻、子ども・孫、兄弟（姉妹）・おい・めい、あるいは知人とか隣人でも結構です。ここに名前をお一人もしくはお二人書いていただきます。

例えば、お父さんが急に脳梗塞などで倒れて意思決定ができないような状態になった際に、延命処置などに関して、その子どもたちで意見が分かれることがあります。一緒に住んでいる息子と関東などに嫁いだ姉との間で意見が異なった場合には、主治医（かかりつけ医）は判断に困ることがあります。そのような際に、前もってまだお父さんが意思決定できるうちに家族で話し合い、人生会議をして、この医療代理人の欄に順番が記載されていれば、姉、弟で意見が違ったとしても、そのお二人で言い争うことはなく、本人の思いに近い判断ができます。この医療代理人の記載は、今後の高齢・多死社会には非常に大事な役割を果たすものだと考えております。

以上がこの人生会議のリーフレットの説明であります。このリーフレットは決して事前指示書を記載してもらうことが目的ではございません。あくまでも御家族と大切な人で人生会議をしていただくことが最大の目的であり、そのきっかけづくりとしてこの事前指示書の欄を設けております。なぜなら、このような具体的な話し合う項目がなければ、「さあ、人生会議を始めてください」と投げかけても、「じゃあ、どういことを話したらいいんだ」と、そういうところはなかなか分かりません。そういう意味のきっかけづくりでこの事前指示書の項目をつくっております。

そして、このリーフレットを説明する際には、その方の今までの人生あるいは人生観、これからの思いなどを丁寧にお聞きして、その人の思いに近づけるような支援を心がけております。これが人生会議のリーフレットのお話です。

それで、この使い方と現時点での反応であります。まず在宅患者さんに関してです。これは、訪問診療を開始した患者さんと御家族に対して、患者・御家族との信頼関係が築かれたと私が感じた時点でリーフレットを渡して説明をしています。その際に本人の思いや人生観などをお聞きします。そして、リーフレットの受入れは非常に良好で、御家族で話し合い、人生会議をしていただいて、この事前指示書も何ら抵抗なく皆さん記載されております。

そして、外来患者さんに関して。この外来患者さんに関しては、外来の受付にこのリーフレットを置いておきまして、この案内文も置いております。そして、必要に応じて説明をしています。

3 番目は一般住民に関して。これは、住民向けのシンポジウムやケーブルテレビを毎年行って紹介をしております。

ここからがまたマイホームミックスの3本の矢に戻ります。

これは第2の矢であります。「多職種連携・病診連携で丁寧で切れ目のない支援をします」ということで、在宅患者さんの周りに医者や看護師、ケアマネ、このような多職種に

よる在宅支援チームで支援をいたします。

それで、私たちのような過疎地域では、この医療、看護、介護等の支援は、都市部と比べて、はるかに少ないという弱点・欠点があります。しかし、資源が少ないということは、その分、顔の見える関係性が成り立ちやすい、構築しやすいという利点として捉えることもでき、少ない資源ながら、多職種の連携をしっかりとまとめて充実させることでその欠点を補うことができると考えています。その多職種の連携を中心となってまとめ上げるのが、私たちかかりつけ医や医師会の役割であります。

また、その内容の質をさらに高めるために、京都府医師会が推奨している、患者情報を共有するツールとして京あんしんネットというものがあり、それを活用して支援を充実させています。

その京あんしんネットについて簡単に紹介をいたします。これは京都府医師会が推奨する患者情報の共有ツールでございます。

特徴と利点であります。患者・家族に関する報告・相談・画像共有がとても簡単です。パソコン、スマホ、タブレットでいつでもどこでもアクセスが可能です。気軽に相談・連絡ができ、チームの一体感が生まれ、そしてより質の高い医療・介護連携ができます。例えば、このような在宅患者の花見風景、これをアップすることで患者・家族の喜びを共有でき、関係者のモチベーション向上につながります。そして、この関係者全員がリアルタイムで患者情報を共有できる、これが何ととっても大きな利点でございます。

京あんしんネットの使用事例でございます。患者さん本人と御家族から、名前、経過、写真公表の了承を得ています。

詳細は省きますが、75歳女性、独居、直腸がんの終末期でございます。病院から頼まれて、私が2022年8月4日に初めての往診をいたしました。そこで説明をして、本人は最期を病院ではなく自宅で過ごすという思いがあり、先ほど渡しました事前指示書、これに記名をされておられます。そして、私が往診をした8月4日から約3か月後の11月15日にお亡くなりになりました。この方の誕生日はその2週間後の11月30日だったわけですが、看護師さんが、ひょっとしたら11月30日までもたないかもしれない、そう推測して、結果的に死ぬことになった11月15日の1週間前、8日の日に誕生日会をされておられます。

これがそのときのあんしんネットの様子であります。小さいですが、「報告です。」「早いですが、誕生日会をしてみました。1口チューハイも飲めました。」と。この下に写真が添付されております。そして、動画も添付されました。（動画の映写あり）亡くなる1週間前に先立って誕生日会をした訪問看護師、このすばらしい機転に私は感動いたしました。

これからがマイホームミックスの第3の矢になります。第3の矢、かかりつけ医と北部医療センターの連携で自宅での看取りをサポートしますということでもあります。

在宅看取りの場合には、たまたま私たちかかりつけ医がその地域にいないと在宅看取りは成立せず、それまで精いっぱい頑張ってきた介護や支援をしてきた御家族の行為や思いが

警察の介入や検死などで後味の悪いものとなってしまうことがあります。そのような状況を回避するためのシステムがこのシステムであります。

まず、かかりつけ医が出張などで不在のときに患者さんの呼吸が止まっても、そのお体を病院に運ぶのではなく、北部医療センターの先生が代行で往診し、看取り（死亡確認）を行うシステムを整えています。北部医療センターの全面的協力の下に、平成 28 年 9 月から運用しております。

一人開業医に課せられた在宅医療最大の弱点がこれでありますが、それを補う病診連携による在宅看取りサポートシステムであります。この図のように、患者さんが呼吸停止をしたときに私たちかかりつけ医がその場にはいない・行けない、その場合にお体を北部医療センターに送るのではなく、北部医療センターの先生にお電話をして、その先生が患者さん宅まで往診していただき、看取りをすることで平穏で達成感のある在宅看取りが成立するというものであります。下に書きましたように、看取りサポートにてかかりつけ医が不在でも在宅看取りが成立します。

この看取りシステムは、地域包括ケアの重要な一部だと考えております。つまり、個々の働き、私たちかかりつけ医・施設嘱託医が行う在宅・施設看取りは、一人開業医の場合、24 時間 365 日、これを全てはカバーし切れないことがあります。それを社会の力、この社会の力は地域包括ケアシステムであります。地域中核病院である北部医療センターと地区医師会である与謝医師会との連携による後方支援、これによって本人・御家族が安心して終末期・看取り期を迎えることができるというものであります。

このサポートシステムの実績と特徴であります。

まず、平成 28 年 9 月から令和 7 年 1 月までで 16 件の実績であります。全例問題なく執行し、御家族全員から感謝の言葉をいただいております。そして、かかりつけ医が行かなかったことに対する批判的な意見は一つもありません。実績件数はそれほど多くないという印象ですが、コロナ下でウェブ参加が増え、出張が少なくなったことと、かかりつけ医が不在の際の呼吸停止に対して、たとえこのシステムがあっても基本的には患者宅に駆けつけて自身で看取りをしようと最大限の努力をした結果として、やむを得ず代行看取りをお願いした数ということであります。また、16 件という事例だけではなく、我々が出張に出かける際に、このシステムがあると、精神的負担は激減いたします。

また、このシステムは、最初つくるときは様々なハードルがありました。いろいろ法医学の教授とも相談したり。しかし、一旦できて、もう何年間かたって、どこからもクレームは来ていません。システム自体は非常に簡易で、汎用性があり、全国どの地区でもすぐに導入ができます。ただし、地区医師会とその医者を送ってくれる病院との間での契約書、この締結は必要となります。

そして、お願いする、連携する病院医師への負担は現実的にはほとんどありません。

今後の高齢・多死社会に向けて、在宅医療を担う医師確保に貢献するのではないかと期待しております。一人開業医が在宅医療に携わる際の最大のハードル・弱点は、医師不在

時の在宅看取りであります。それ以外のことは、医師が不在であっても、24 時間体制の訪問看護師との連携で現実的にカバーができております。このシステムの存在で最大のハードル・弱点を補うことができるものだと考えています。

このような取組は、新聞、ラジオ、テレビ、医者専用の m 3、ネットニュースなどでも一部取り上げられました。このスライドは関西テレビの「報道ランナー」で放映されたもので、一部は現在でも視聴が可能です。

そして、これがリーフレットの最後の 4 ページ目の上段であります。用語解説。このリーフレットは一般住民用ですので、こういう「かかりつけ医」とか「訪問介護」とか、というような説明をしております。

これが最後のページの下であります。「マイホームミクスにおける 3 本の矢」ということで、まとめ的な内容になっております。

宮津・与謝地域では、1) 番、要介護状態の在宅医療・療養に対して 3 本の矢で体系的に支援をして、本人の幸せ度を高い水準に保ち、御家族の精神的・身体的負担を最小限にすること。2) 番、自宅での最期を望む方には、3 本の矢の体系的支援により、可能な限り、在宅看取りをかなえることを目指しています。少しでも充実した体制に向けて意見や提案をお教えてください。

以上が 3 本の矢による体系的支援の説明となります。

在宅医療・療養では、多職種の方々がそれぞれの立場で連携を取りながら支援に携わるわけですが、その際に、このリーフレットで示したように、在宅医療・療養の全体像のイメージ図が見える化・可視化をして、その流れを関係者全員で共有・把握することで、より充実した連携と支援提供ができるものだと考えています。そして、京都府北部のような医療・介護・看護の資源が少ない過疎地であっても、都市部に劣らない、質の高い在宅医療・療養を続けていきたいと願っております。

御清聴、どうもありがとうございました。

★ここまでが**今出陽一朗の講演内容**

以下は府会銀との質疑応答

9:

○青木義照委員長

ありがとうございました。

説明はお聞き及びのとおりであります。元の状態に復するまでしばらくお待ち願います。

本日の所管事項の調査におきましては、テーマについて参考人も交えて委員間の活発な意見交換の場となるよう運営してまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、御意見、御見解等がございましたら、御発言願います。

10:

(発言)

○竹内紗耶委員

ありがとうございます。

京あんしんネットについてお聞きしたいんですけども、ケアマネジャーさんであるとかデイサービスとか訪問介護とか、どれぐらい今現在使っていらっしゃるのかということは分かりますでしょうか。

11:

○参考人（今出陽一朗）

今、現実的には、私のところはまず医者。例えば、私であれば看護師も含め、今出クリニック全員です。そして、訪問看護師。これは患者さんごとによって違うんですが、Aという患者さんに関しては、Aに関係した訪問看護師全員、それに関係したケアマネ全員です。

ところが、介護士は、一応その介護士を雇っている本部が今回のシステムに登録しないといけないので、まだ介護職のほうは登録できていないところが多いです。けれども、地域包括支援センターとかは入っております。

ですから、主にいえば、医者、看護師、ケアマネ、それから行政が全部入っております。そんな形です。

12:

○竹内紗耶委員

ありがとうございます。

私も、感覚、肌感でいうと、訪看さんとか、そういう医療関係の方は結構使っていらっしゃる印象はあるんですけども、介護系の事業者さんが使っていらっしゃるというのはあんまり聞いたことがないというのが実感としてあるんです。

ただ、現場でいうと、訪看さんと、例えば訪問介護であるとかデイサービスと結構連携をしないといけない場面が多いなというのはすごく感じていて、大体看取りとかでやっているのはノートで共有したりということが多いと思うんですけども、介護士さんもこういう京あんしんネットにどんどん参加してもらって情報共有ができれば、看取りとか在宅介護というのが連携することですごくよくなっていくんだろうなと思うんですけども、介護事業所がなかなか使わない現状の課題とかがあれば教えてください。

13:

○参考人（今出陽一朗）

ありがとうございます。

まず介護に関しては、先ほど言ったように、全部はしていないというだけで、一部の介護でも、そのボスというか、組織が入っているところは介護も私のところで実際やっています。一番よくやっているのが、「介護レスキュー」と言いまして、まあ、レスキューというのは特殊な言葉ですけれども、要するに時間外の早朝と夜間に入るようなところ、そこは全員入っていただいています。

それで、今言われたように、恐らくこれからは、そういうショートステイ、そこも関係しますから、そのような特養であったり、そういう施設も入ったほうがいいと思いますので、すみません。まだできていませんが、すぐにできます。今のお話を聞きまして、我々の地域はすぐにします。ところが、法人によって違いますので、なかなかよその法人にまではできませんけれども、私は、たまたま4つほど持っていますので、そこはすぐに入ります。どうもありがとうございました。

14:

○竹内紗耶委員

ありがとうございます。

常任委員会かどこかで視察に行かせてもらったときに、こういう地域連携のソフトみたいなのをつくっていらっしゃるところがあって、そこは介護職、介護事業所のソフトの中で記録しているものをそのままそのソフトに転送できるみたいなことをされていて、それだったら介護事業所もできるのかなと。2つともに記録をどっちも書かないといけないとなると、結構負担があるのかなと思うんですけれども、そういうものを京あんしんネットの中に、ソフトの連携というか、そういうことをするのは結構大変なことなんですか。

15:

○参考人（今出陽一朗）

恐らく、それができたらいいんでしょうけれども、ただ、そうになると、少し複雑になり過ぎるのかなと思います。

それで、今言われたように、介護者同士の記録のようなのを共有するという方法はいいと思います。ただ、幾つかある方法で、今のところ、やはり京都府では京あんしんネットが断トツに使い勝手がよく上がっていますので、だんだんと淘汰されて、京あんしんネット

がもう9割何分になると思われます。

それで、今言った介護職同士の、あるいは介護能動的なものを共有するツールはできると思うんですけども、我々がやっている、在宅のある患者さんに対するやり取りとはちよっと異なってくるかなという感覚であります。

16:

○竹内紗耶委員

ありがとうございます。

以上です。

17:

○小巻久美委員

ありがとうございました。

在宅での看取りということで、誰しも家で亡くなりたいという思いはあると思うんですけども、病気とかで最期を迎えられる方は、結局、病院で亡くなる方が多いかと思います。コロナのときですと、病院に入院されてしまうと、なかなかお見舞いに行けなかったということで、私の友人にも家で看取られた方もおられました。そのときは会社とかも休んで、精神的にもすごく大変だったという話を聞いておりまして、宮津・与謝地域での先生のお取組がすばらしいなというふうに思います。

関西テレビの放送も見させていただきまして、私も独りですので、うらやましい亡くなり方と言ったらあれなんですけれども、訪問看護師さんもすばらしい方というんですかね、あんなふうに温かい支援をいただけたら本当にすばらしいなというふうに思いました。これがほかの地域でも、こんな在宅支援チームのような御支援というのはもっとたくさんの人を抱える都市部でも可能なんでしょうか。

18:

○参考人（今出陽一朗）

それは十分可能でして、ただ、我々と違うのは、我々田舎はやはり、先ほど言いましたが、医療・介護・看護資源が少なく、実際、在宅専門の医者というのはできないので、基本は外来をして、午前と午後の外来の途中に行くと。要するに、外来もしながら在宅も診るというスタイル。要するに、一人開業医がメインであります。

ところが、京都市内なんかは、一人開業医さんでそこまでできる人は少ないですが、資源が多いんですから、チームでやれます。ある意味、もっとディープな在宅医療をさせて

いるところはたくさんあります。ただ、それは、一人開業医の方もいらっしゃいますけれども、大半が在宅専門でされておられます。

それで、今日のテーマとちょっとずれますけれども、すごいのは京都市の自宅看取りです。これは今 20%以上あるんですけれども、これは全国の、例えば 50 万・100 万都市では恐らく断トツに 1 位だと思います。これは、今言った一人一人の開業医というよりは、50 人・100 人を診るような、そこを熱心にされているグループたちがありますので、それだからどうか、私は、詳しい分析をしていないんですけれども、ただ、京都市のすごいのは、京都市の、施設の看取りが少ないのでトータルは減っており、施設はまだ 15%ぐらいなのであんまり多くないんですけれども、在宅は、京都市は、140 万人ですかね、これほどいるのにもかかわらず、20%で、これはもう驚異的な、都市部ですよ。我々田舎では、たかだか三、四万人ですから、ちょっと頑張れば 20%いきますけれども、京都市はそれだけ皆さん頑張っていると思いますので、十分できると思います。

19:

○小巻久美委員

勉強不足で、京都市がそんなにすごいということを知りませんでした。ありがとうございます。

今後、一番の課題というんですか、もっと地域での在宅看取りが充実していく課題というのはどんなことが考えられますでしょうか。

20:

○参考人（今出陽一朗）

まず地域のほうで言わせていただくと、やはり地域というのは、幾らケアマネ、訪問看護師さんが頑張ろうと思っても、結局、医者が動かないと動けないと。ということは、若干失礼ですけれども、医者の方によって少し変わってしまうところですね。そういう意味で、リーフレットで表したような、全員が共有できるようなベース、感覚、まずそういうものを頑張って普及していくと。

それで、よく言われるのは、私の地域じゃありませんけれども、京都府が行うようなコーディネーター会議とか、そういうところは他地区が入ってしゃべるんですけれども、「幾ら訪問看護師さんが頑張っても、かかりつけ医が動いてくれないんです」とか、ケアマネさんの場合なんかは、ケアマネと医者の方にすごい目に見えない溝があって、ちょっと聞きにくいと。

そういう意味では、やはり医者がきれいにプラットフォームになって、当然中心にはなるんですけれども、上ではなくて、みんなと一緒に手を結ぶ、まして手をつなぎ合わせて

まとめ上げる、恐らく、そのような努力を個人個人の医者にしていただけるように我々が頑張ってお願ひしていくという形だと思います。ですから、すごくできているグループと、申し訳ないけれども、あんまりできていないグループ、そこをいかにうまくまとめ上げるかだと私は思っています。

21:

○小巻久美委員

ありがとうございました。

自宅での看取りということにも新たに気づかせていただきまして、勉強させていただきました。ありがとうございました。

22:

○畑本義允委員

ありがとうございました。

2点だけ伺いさせていただきたいと思います。

この在宅看取りサポートシステム、第3の矢というものになると思うんですけれども、すごいいいなと思っているのと同時に、この資料の「実績と特徴」のところで「医師派遣病院の間での契約書の締結が必要」と。ここに関して御苦勞というか、特に、実績としては16件ということなんですけれども、例えば、中核病院、医師を派遣する側の病院さんのほうでも実際その依頼があったときにどこまでの優先度で派遣をしてくださるのか。手いっぱいでもどうしても行けないときもあると思うんですけれども、そういったところが契約としてどうなっているのか。また、この第3の矢というものをサポートシステムの中に加えることに何か特別な、変な話、会費とかが加入する側に必要なのか。そういったところを教えていただきたいんですけれども。それが1点目です。

もう一点が、その下に書かれている「連携する病院医師への負担」、これはつまり医師を派遣される側の病院のことかと思います。負担は現実的にはほとんどないということなんですけれども、これは実績としてまだ16件ということであるから負担がほとんどないのか、例えばこれがもっと広まって件数が増えてきたときでも特に考えられるような問題というか、負担というのはないんでしょうかというところで、2点お願いいたします。

23:

○参考人（今出陽一朗）

ありがとうございました。

まず、最初の病院と医師会との締結です。これは、最初苦労したのは、死亡診断を向こうの先生がしてくれたときに、当然自然死というのは分かるんですが、カルテの共有というのが難しくて。私の場合、北部医療センターにお願いするわけですが、その人のカルテが北部医療センターにあればいいんですけども、ない場合には、死亡診断はできるけれども、「じゃあ、病名はどう」とかいうことになる。そこが最初は大きなハードルでしたが、それに関しましては、地域公衆衛生活動という一環で、例えば北部医療センターはハブ機構で、医者のいないところに手術の手伝いを出したり、あるいは専門のある外来を近くの病院に出したりと、京都府立医大附属医療センターとして、要するに地域の中核のハブとして、そのような足りないところに公衆衛生活動として人を送ったりします。

その一環と考えて、どうするかといえば、看取りの患者さんの情報を北部医療センターのカルテに書くのではなく、実際には、ちょっとタイムラグがありますけれども、最初にそういう派遣の契約をしておいて、そしてそのときには今出クリニックに来ていただくと。要するに、外来を手伝いに来ていただくように。その方は一瞬だけ今出クリニックに雇われた医者という形になるんです。それで、そこに行く。そうすると、カルテは今出クリニックのカルテですので、全く問題なしと。

その派遣の依頼、例えば外来をお願いする、私が急に病気になったときに北部医療センターにちょっとお願いしますと。そういう場合は来てくれるわけですね。そのような外来派遣と同じような。ところが、看取りですので前もってはできませんけれども、そういうような形です。

ですから、例えば私が大学時代、夜、時々アルバイトで、よその病院の当直に行くことがあるわけですね。そのときに、よその病院に当直に行ったときに全く知らない人が亡くなっても、そこにはカルテがありますから、そのまま死亡診断をします。それに近いような感覚です。

それは一応法医学の先生ともお話をして、そのようなパターンだと別に問題ありません。ですから、そのために、地域公衆衛生活動の一環として、そういうときには、我々が依頼したら、北部医療センターの先生はこちらに送っていいよという、それが締結の内容であります。

では、それに対して、北部医療センターの先生をこちらはずっとオンコールのように待たせるのかということで、その費用が発生するかどうかは、現実的には費用は発生していません。

あと、2番目ともほぼ一緒ですが、北部医療センターの先生方に負担がかかるかどうか。これは現実的にはほぼゼロに近くて、ここは最初分かりにくいんですけども、私は11年間、与謝の海病院、今の北部医療センターです。昔は、京都府立与謝の海病院と言っています。そこは各科1人ずつ必ずオンコールがいるんですね。それで、30分以内に365日。私は専門は泌尿器でしたが、泌尿器1人、内科1人。内科でも消化器内科と呼吸器内科。そして外科でも。こういうふうにずっと十何人、必ず30分以内いない人が

います。ですから、たまたま私が何かあっていないときに、そのときの当直が行けたらいいけれども、行けなければ、オンコールの人に「誰かちょっと行けませんか」と。それはもう行って死亡診断をしてくるだけですので。それで、行ったりするタクシーとか、そういうのは全部こちらで手配しますので、たまたまそのとき10分か15分ける医者を探すだけで、それは現実的には難しいことです。

それが負担になるかどうかということで、今16件といたら、1年に2人ぐらいですね。そしたら、365日のうち、2日たまたまそのとき当たった当直、北部医療センターであれば、当直は管理当直と2人当直で3人いるんですけども、その中で1人たまたま「ああ、20分ぐらいだったら離れられるよ」という人がいたらそれでいいですし、あるいは、いなければ、例えば私でいえば、泌尿器のオンコールの先生にお願いしてもいいし、内科の先生に、別に科は関係ない。十何人、30分以内にずっといますので、どなたか行ける人をお願いする。それも、自然な看取りですから、行って特殊なことはしませんので。普通にその死亡を確認していただいたらいいので。私は、現実的に、与謝の海病院にいた人間なので、とてもよく分かります。

それに対して向こう側の負担は、まあ、ゼロと言ったら失礼です。もちろん向こうの全面的協力がなくてできませんから。でも、相手の先生方に御迷惑をかけることはない。恐らく、これはこのシステムのいいところだと思っています。

24:

○畑本義允委員

ありがとうございました。

納得もさせていただいて、あと契約のところで結構そういう工夫があるんだなというふうに勉強させていただきました。ありがとうございました。

以上です。

25:

○筆保祥一委員

それでは、よろしくお願いいたします。

ちょっとそもそも論で、理事者のほうにも今日の参考人のほうにも、お二方にお伺いしたいんですけども、宮津・与謝地域の在宅医療戦略ということで本当にすごいことをされているなど。私も父が最終的には病院のほうで亡くなってしまったんですけども、確かにこういうシステムが当時あればよかったなというふうに思っております。

それで、本当にいい内容ではあるんですけども、そもそもこの地域包括ケアシステム自体が、厚生労働省が令和7年度中にはあらかた構築をとということで、多分全国でそうい

う動きをされていると思うんです。

それで、ベースとして、やはり地域包括ケアシステムというのがある程度醸成しておかないと、今お話をいただきましたマイホームミクスというのが当てはめられるのか、当てはめられないのか。地域によって地域包括ケアシステム自体が進んでいるところとまだそこまでできていないところと、かなり地域格差があると思うんです。本当にすごくいい内容なので、これを京都府下にいろいろ広げていければなと思うんですけれども、逆に、どういう状態だったら、これが可能なのか。地域格差がある状況の中でどういう形で広げていけるのか。ちょっと難しい部分だと思うんですけれども、そこら辺をお教え願えましたらと。

26:

○高齢者支援課長（松尾治樹）

地域包括ケアシステムですけれども、医療・介護の垣根をなくすということで今現在進められているかと思います。

京都では京都地域包括ケア推進機構というものを設けまして、医療・介護・福祉の団体に構成しているところで、そういった全体的な取組をしております。また、市町村においては、地域支援事業の中に在宅医療・介護連携推進事業というのを、平成 30 年度以降、全ての市町村で実施することとなっております、今言った看取りも在宅から看取るという一連の流れで位置づけられているということになります。

ですので、委員御指摘のように、市町村の中でばらつきがあるというのは事実ですので、京都府としては、そういった部分も含めてバックアップできるようなことを取り組んでいると、そういった状況にあります。

以上です。

27:

○参考人（今出陽一朗）

例えば、私の地域でいえば、今言った地域包括ケアは、本来は 2025 年をめどに全ての市町村ですというのが恐らく厚労省のお達しだと思います。その我々医者に関係する地域医療・在宅医療に関しましては、我々の場合は、宮津市、伊根町、与謝野町、ここの行政とは常に話し合っていてやっています。例えば今回の看取りサポートシステムとか人生会議のリーフレット、この内容も宮津市の第 10 次の、3 年ごとの計画がありますね。それにも入れていただいております。ですから、我々の地区は、地域包括ケアの在宅医療とか地域医療の部分は、全部じゃないですけれども、かなり今年度でまとまっていると思います。

ただ、これを隣のところにというと、全く言えない状態というか。失礼ですけれども、言いたいと思うことはたくさんあるんですけれども、それが現実であります。

28:

○筆保祥一委員

難しいことをお答えいただきまして、ありがとうございます。

結局、中心的になっていただいて、皆さんが同じベクトルで進んでいただけるんだったらやりやすい部分はあると思うんですけれども、今お話を聞く上では、本当に素晴らしい取組をされているなと思います。多分いろんな見方があると思うんですけれども、逆に、こういう考え方、またこういうやり方もあるんだよというのを含めて、全域に、皆さんにお知らせしていただくというのも京都府の責務の一つでもあると思いますので、また今後ともよろしくお願いいたします。

以上でございます。ありがとうございます。

29:

○林正樹委員

ありがとうございました。

大きく2つ聞かせていただきたいと思います。

まず、事前指示書ですね。簡易版ということで、たたき台というか、御本人もこれからどうしていこうかということを考える、それから家族も一緒に議論していくと。

私、ずっと、もやもやしていたのは、成年後見制度もしっくりこないし、事前の遺言書もなかなか難しいし、ハードルが高いし、生前の終活登録とか契約もなかなかハードルが高いなとか、いろんなことを考えている中で、取っかかりとしてこの事前指示書は本当に簡易な、みんな誰でも最初にぱっと見て「ああ、私はこうやな」という形になっていくものなのかなと思うんですけれども、これをつくってこられた狙い、狙いというか、要は、さっき先生が使っていらした事前指示書の本格版を見ると、そこにはかなりギャップもあるし、工夫もあるのかなと。思いもあるのかな、狙いもあるのかなということがあったので、それをお聞かせいただきたいなというのが1つ。

それと、実際こういうふうな事前指示書の簡易版をつくることによって、これをきっかけとして、多分いろんなことが広がっていくと思うんですね。例えば、さっき言ったような終活に向けて、自分のお墓のこともそうでしょうし、あと家のこととか、いろんなことに広がっていくのかなと。あと、命に関わるような病気をされている方だったらホスピスのなところも含めてだと思うんですけれども、いろんなことに派生していくというか、広がっていくのかなと思うんですけれども、そういった効果がどうだったのかということ。

あと、結構くどく書かれている「法的な意味はありません」という文章も気になるので、それも併せてお聞かせいただきたいと思います。

30:

○参考人（今出陽一朗）

まず、この簡易版をつくろうと思った経緯といいましょうか、1つは、人生会議（ACP）、これは厚労省がどんどん進めようと言いながら、厚労省もすごくいろんなことはされていますけれども、現実的にはある程度の人しか知らなくて、一般の人には言葉も「ちょっと聞いたかな」というぐらいで、全然ACPが浸透しないというもどかしさもありました。

それと、事前指示書の簡易版に関しては、私は21年間勤務医で、手術ばかりしていたんですけれども、そのときは病気を治すことしか、しかというか、それがメインですし、それから亡くなる人も病院で普通に亡くなったんですけれども、開業して何年かたつと、ほとんどの人が不思議と、治す病気のときは「治してください」と。ですけれども、今のような在宅での自宅生活をしたいとなると、「先生、もう変なことはせんでいいから」と。結果的に、そういう、尊厳死宣言というのもあるんですけれども、尊厳死宣言というのはすごくハードルが高くて。これは法的にも認められているものでして、それはちゃんと書かないといけない。そんな堅くはないんだけど、それでも、私の地域は、もう10割のうち、95%以上の方が、よくよく聞くと、先ほど書きました平穏死、ほぼその内容のことを皆さんおっしゃっていた。それで「あれっ？」と思って。それだったら、そういうことをちょっと書けばいいかなというのが1つ。

もう一つ、「法的な意味はありません」というのは、これは、法的な意味を持たすと、非常に、例えば、遺言書なんかはそうですね。非常に堅くて難しくなります。そしたら、我々のやっている医療の終末期の現場というのは、あんまりそこで堅くなると、なかなか文章も書けないということで、わざとに、わざとではないですけれども、法的な意味はないと。けれども、倫理的な意味はすごくありまして、倫理的には、これがあれば、最終的に我々医者が判断してこうしても、恐らく、まあ、裁判になることはないんですけれども、なったとしても、倫理上、問題ないということになると思います。

その辺りが法的な意味がないというのと、これをつくろうとしたきっかけは、ACPがうまくいかないというのと、本当に不思議なことに、9割9分じゃないかと思うぐらい、皆さん同じことを言われます。都市部はちょっと違う人もいますけれども、そういうような経緯があります。

31:

○林正樹委員

人生会議の話が出たときって、結構いろんな批判もあったように思います。ただ、本当にすごい大事なことだなと思っていました。

それで、今の関連でお聞きしたいのは、今ちらっとお話しされましたけれども、こういう指示書の簡易版で表明された意思というのは、御本人の思いというのは、お医者さんは「あっ、この方はこうしてほしいんだ」ということが実際の医療行為に反映していけるものと理解してよろしいんですかね。

32:

○参考人（今出陽一朗）

はい、反映できます。そこで御家族でも話が変わることがあるんですけども、今はっきりしているのは、もちろん明らかに認知症になった場合は別ですけども、その人が意思決定能力、それから意思表示ができる人であれば、まずその人の思いが1番になって、それから家族のと、そういう順番なので、そこであと医療的判断をうまく併せて考えると、すごく意味があります。

33:

○林正樹委員

本人が意思をしっかりと表明できる段階で残してもらえていれば、ある意味、家族もそこは悩まずにできるし、お医者さんとかも含めて皆さんもそういうふうにできるということだと思います。分かりました。ありがとうございます。

もう一個は、今後単身世帯がどんどん増えていく状況がある中で、今まで扱ってこられた案件の中にそういう単身の方がいたのかどうか。今後単身が急増していく中で、法的に意味がある意思表示というのは先ほどのいろんな制度を使うしかないのかもしれないんですけども、とはいいいながら、御自身が「こうしたい」という希望をきちんと周りに伝えられる手段としてはこうしたものをきっかけとして深めていけるのかなと思うんですけども、この取組と単身の方との関わりというのはどのように整理しておられるのかということをお聞きしたいです。

34:

○参考人（今出陽一朗）

ありがとうございます。

これは一応家族の話も書いてありますが、現実的に非常に困る事例としては単身とか独

居の方が多いです。かなり難渋事例が多い。しかし、このような取組をしましても何年も、どんな難しい独居の事例も、全例在宅看取りができております。そこには「自宅で死にたい」「自宅で最期まで過ごしたい」という本人の気持ちがあった場合です。それを一例も取りこぼしはせずにできております。これはあくまでも、家族というのを入れて書いてありますけれども、独りの場合でも一緒です。独りの場合でも、その人のちょっとした遠い人でもいたらその人を巻き込んで、いなければ我々支援チームが家族の代わりになってしています。たまたまですけれども、今のところ、一例も取りこぼしなく、どんな難しい症例でも全て在宅看取りができております。

35:

○林正樹委員

ありがとうございました。

36:

○光永敦彦委員

今日はありがとうございます。

私、幾つかお聞きしたいんですけれども、事実とか背景が私も分からない部分がありますので、まず、事前指示書の実績といいますか、実数ですね。これは、患者さん総数というか、高齢者のうちのどれぐらいが書かれてとか、あるいは患者さんの何割ぐらいでとか、16件に対する何割ぐらいが実は書かれていてとか。その総数というんですかね、それはおよそ分かりますでしょうか。

37:

○参考人（今出陽一郎）

すみません。この16件というのは、あくまでもかかりつけ医が看取れなかった、代行で頼んだということで、基本的に私が看取っている人は全員事前指示書を出して、全員看取っております。で、代行は頼まずです。

38:

○光永敦彦委員

そうではなくて、事前指示書を書かれる人の数を。参考人が使っておられる患者さんのクリニックでの数はどれぐらいでしょうかという質問なんです。

39:

○参考人（今出陽一朗）

在宅している人は、ほぼ全員であります。外来の人はまだお元気なので、外来の人は自分から持ってこられる人はいますけれども、基本的に在宅に移った人は、もう9割以上がこれをお渡しして、9割以上は書かれておられます。

40:

○光永敦彦委員

そのうちの16件という、クリニックで対応されたのが16件という理解ですよ。

41:

○参考人（今出陽一朗）

すみません。この16件は私とは関係なく、与謝医師会管内で、かかりつけ医がいて、その方が息を引き取ったときにかかりつけ医が戻ってこれない、そのために北部医療センターの先生が代行でしたということで、事前指示書とは全く関係なくて。死亡の看取りを北部医療センターにお願いした我々、与謝医師会管内の件数が16件ということで、指示書とは直接関係ありません。

42:

○光永敦彦委員

その16件はそうなんですけれども、管内じゃなくて、参考人のところで在宅看取りをされた人数、件数というんですか、それはどれぐらいおありなんですか。

43:

○参考人（今出陽一朗）

年によって違いますけれども、毎年、大体20件前後ですね。多いときは、だあっと多いですし。要するに、普通に看ている人の数は一緒なんですけれども、北部医療センターからもがんの末期で見てくださいますというのは、続くときは例えば1週間に四、五人とかありますし、ないときは半年間なかったり。ですから、それはもともと私の患者でなくて、病院でがんの末期でという人があるので、だあっと増えるときもあれば少ないときもあり

ます。大体私のところで在宅看取りは、年間 20 件ぐらいが多いと思います。施設看取りも同じぐらいありますけれども。

44:

○光永敦彦委員

それで、参考人は、依頼も受けながら、平均すると年間 20 件ぐらいは在宅患者さんを看ておられるということなんですけれども、高齢・多死社会ということとの関係でいうと、どれぐらいの率と言えるのでしょうか。

45:

○参考人（今出陽一朗）

高齢・多死社会でいえば、我々のところは、今、高齢者 40%というのは、恐らく国の 20 年後をいっていると思うんです。今、国が大体、これは概算ですけれども、死亡者が恐らく 1 割少しなんです。京都府は、今日の資料を見ますと、たしか 250 万人ぐらいの都市で 3 万人ちょっとですね。ですから、1 割ちょっと。ところが、我々のところは、3 万人ちょっとで 660 人ぐらいですから、2 割にはいきませんが、そんなもんですね。我々のところはちょうどこれぐらいがピークで、大体 3 万 7,000 人に対して 660 人ぐらいの割合。ところが、これからの京都市とか全国は、今の 1 割ちょっとから、2 割にはなりませんけれども、2 割ぐらいになると。その人数をちゃんと在宅できる医者を準備しないとイケないというのが恐らく国全体の包括ケアだと考えております。

46:

○光永敦彦委員

それともう一つ。医療代理人の話なんですけれども、参考人のところでいえば在宅の方はほぼほぼ事前指示書を書かれているということですが、その医療代理人の特徴というのはあるのでしょうか。例えば、独居の方がどれぐらいで、その方はどういう方がされているとか、そうじゃない御家族や御夫婦の場合はどれぐらいおられるとか。概要でいいんですけれども、どれぐらいおられますでしょうか。

47:

○参考人（今出陽一朗）

大体の傾向ですけれども、もし夫婦にお子さんがいらっしゃった場合、極端な場合、親

子の縁が全くない人は別です。けれども、普通に縁のある人は一般的に話し合っ、大体夫婦ではなくて子どもの名前を書く人が多いです。夫婦しかいない場合は夫婦になりますし、独りとか、あるいは夫婦でも片一方がもう認知症とかある人は、子どもでなく、キーパーソンというのが必ず、これは親戚であつたりなかつたり。まあ、大体遠い親戚が多いんですけれども。おいとかめいとか。そのようなキーパーソンとなる人がほとんど、いろいろ同意のところに名前を書かれます。独居で、誰もいない人は、もう本当に誰か知った人とか。

それで、これはまだ検証はしていませんけれども、時々誰もいない人は私の名前を書く人もいます。本当にそれがいいかどうかは調べていません。すみません。

48:

○光永敦彦委員

ありがとうございます。

その比率といいますか、それはどんな。今おっしゃっていただいた、例えば家族、パートナーさんに言っはるのがどれぐらいとか、子どもがどれぐらいとか、そういうのはどれぐらいかとか分かりますか。

49:

○参考人（今出陽一朗）

はっきりは言えませんが、お子さんがいらっしゃる方は、さっき言っ、よほどの絶縁関係でなければ、まずお子さんになります。ですから、お子さんがいらっしゃらない方といらっしゃる方の率ということになるので。ただ、何となくお子さんのほうが多い気はしますが、ちょっとすみません、はっきりした率は分かりません。

50:

○光永敦彦委員

細かいことをいろいろお聞きしてどうもすみません。少し全体の状況を知らないといけないなと思っもので、ちょっと申し訳ないです。

それで、私、この在宅の戦略の第2の矢とか第3の矢というのは仕組の話だと思います。そういう意味では非常に大事なことで、特に第2の矢は、先ほどどなたかからもありましたけれども、地域包括ケアというか、地域医療・包括ケアの医療が軸になりながら患者さんを中心にどうケアしていくかということでもありますから、本来これはどこの地域でもやらなきゃいけない。また、第3の矢も、仕組みとしてはこういう中核病院などがあ

ることが前提になる可能性もありますけれども、これは非常に大事だと思うんです。ただ、第1の矢というのはなかなか難しいことかなというふうに私自身は感じています。

そこで、先ほど、資料の9ページや10ページで、宮津市とかで自宅死の割合が多いとか施設死の割合が多くて、それが、幸せといいますか、一定のメルクマールになりますよという報告やったんですけれども、この資料を見させていただくと、特に終末期とかになると、確かに在宅で看取ってほしいという方が多いのはすごく分かるんです。ただ、この自宅死の割合とかを見ていると、どうしても医療提供体制の弱い地域が多いと。自宅死と施設死が。というふうにどう考えても私には見えるんですけれども、その辺りの客観的評価というのは、参考人はどのようにお考えでしょうか。

51:

○参考人（今出陽一朗）

医療提供体制というのは、どちらかといえば、開業医が多いかどうか、あるいは大きな病院が多いかどうかということ言われているんだと思いますけれども、先ほど言いましたように、9ページのところなんかは、京都市は20%あります。これはもう驚異的な数字であります。ということは、京都市は、大きな病院もあるけれども、在宅で看る人もきつとたくさんいらっしゃる。これは、ある意味、驚異的なんです。ですので、医療提供体制が少ないところは自宅死が多いというのは間違っていると思います。すみません、私の感覚です。むしろ、医療提供体制が少ないところのほうが自宅死は減ると思います。やむなくどこかの病院に行ってしまうので。という印象です。ちょっと違うかもしれませんが。

もう一個、施設死に関しては、京都市なんかは、今は15%に増えましたけれども、私が調べた頃はまだ10%ぐらいのときがありました。京都市にもいっぱい施設があるんですね。ところが、どうして京都市が少ないかといえば、私が一応ある程度聞いた話で、これはちゃんとした論拠ではありません。ですけれども、当時、京都市は、嘱託医がいるんだけれども、その嘱託医が看取りに来てくれないと。その違いなんです。我々田舎は、嘱託医がちゃんと看取りに行きますよと。その違いが京都市内と我々北部との施設死の差なんです。

在宅死は、先ほど言いましたように、あまりにも京都市が頑張っているんで、我々が頑張っても、ちょっと上なだけで、ほとんど一緒なんです。ところが、施設死は、当時、こっちが10%ぐらいで、我々のところは20%ぐらいですね。ですから、そこは、施設が少ないのではなく、その嘱託医師が看取りをする気がないといいたいまいしょうか、その違いで。我々の田舎のほうは、一人開業医と田舎なので、一応いいよという感じ。都会は、そこは契約した嘱託医が割り切って看取りを看ていないというのが当時の現状です。ただ、

これはあくまで数年前の話なので、最近変わっていたら申し訳ありません。

52:

○光永敦彦委員

先ほど言ったように、第1の矢というのはいろんな意見があるように、先ほども批判があったという話もあったし、なかなか難しいことなのかなという気は私もしています。

それで、本来、ACPで終末期の対応を考える。終末期の定義って、一応厚生労働省にありますよね。それで、そういう対応、例えばがん患者さんが、もう終末で先生のところへ来てはって、書いてもらって、家族会議、人生会議をやったというようなことで選択をしていくということはすごく分かるんですけども、実際、高齢期になると急変されとか、終末期と言えないけれども、多死社会といったら脳梗塞とか心筋梗塞も非常に多いと、こういう現状も一方ではありますよね。そうなったときに、先生のところでは、この事前指示書というのは「終末期ですよ」となった人だけに書いてもらうのか、医学的な定義としての終末期として書いてもらうのか、そうじゃなくて、割と御高齢で、余命が6か月とか、そんなふうには判断できないけれども書いていただいとくのか、その辺りは、実際の運用というのはどういう感じなんでしょうか。

53:

○参考人（今出陽一郎）

基本的には、終末期ではなく、終末期になるまでに渡すというのが大事です。では、それをいつ渡すかというのは難しいんですけども、一つの提案として、実際全部できてはいませんが、今、要介護申請と言いまして、介護度が出ます。要支援1、要支援2、介護1・2・3と。それで、介護1・2までは、まだどうにか、明らかにある程度の自己決定ができますから、介護1以上の判定が出た人を基準に、渡せる人は渡しております。

少なくとも、今言われたように、たまたまがんの末期で病院から頼まれた人は、私が会ったとき、既に終末期でありますから、それは訪問して。私の場合、1回目の訪問でできるだけ本人と御家族の信頼関係を得るようにしています。それで、「よし、得られたな」と思ったら、2回目のときに刺激をしないような形でこの事前指示書を出してやっております。

ですから、終末期になってから出す人はやむなくそうしているわけですし、できれば早ければ早いほどいいです。本当は若いうち、今の私のようなときに書くのが一番いいんですけども、ただ、それだと何回も書き換えないといけないというのがあるので、現実的にはやはり要介護1ぐらい、1から2のときにこれを出してするのがいいんじゃないかな

というのがこれからの計画であります。

54:

○光永敦彦委員

それはよく分かりました。

それで、今、終末期の話をさせていただいたのは、終末期に限らずですけども、終末期は特に意思が変更される、あるいは変わる、御家族の思いも急に変わるということが間々ありますよね。先生に診ていただいて安心なときには「もうこのままで」と言われるのは、僕も田舎出身なので、非常によく肌感覚で分かるんです。でも、いざとなったときに、御家族さんとか、御本人もそうかもしれませんけれども、「やっぱりそうじゃない」と思われる方って、これは法律的文書じゃないからずっと変えられるということになっていったときに、最後は何が課題かという、先ほど先生がおっしゃったようなドクターの素養といいますか、看護師さんのチームもそうですけれども、やっぱりその素養、素養というんでしょうかね、先生は先ほど素養とおっしゃいましたけれども。とか、スキル。スキルと言ったら、ちょっと失礼かもしれませんね。そういう人生哲学というか、医療に向き合う哲学みたいなのところの左右が物すごくあるような気がするんです。

それは、逆に言うと、専門家としての判断がこのACPにどうしても影響を与える可能性があるんじゃないかと私は思っていて。同じ目線ですよと幾ら言っても、今出参考人のような先生だったらまだしも、そうじゃない、まあ、診てくれへんというのはたくさんあるし、診たとしても「いや、こうですよ」と言われたら「ああ、そうですか」というふうには、やっぱりどうしても医療者さんの専門性を乗り越えるだけの意思表示をするというのはそもそも限界性があるような気がするんです。その辺りについての課題や、限界性といいますか、そこは、先生は実践されていて、どのようにお考えでしょうか。

55:

○参考人（今出陽一郎）

恐らく、今言われていることはかなり現実的には当たっていると思われます。ところが、我々医師会としては、医者というのは、例えば与謝医師会であれば、このような取組で、これは比較的、ケアマネさんとか訪問看護師さん、それからさっき言った介護でもレスキューとか、そういう方への普及は割に簡単にいけます。ところが、お医者さんに対して、医師会としてやっているというのは分かっているけれども、やってくれるかどうか。先ほど言った素養という言葉は分かりませんけれども、これは医者個人個人の考えとか性格とかもありますので、なかなかそこをうまくどうしたらいいかというのは難しいんですが、しかし、医師会としてはこういう方法で。そして、みんなが同じ方向を向くためにこのよ

うなACPもして、多職種連携、そこに京あんしんネットを入れることによって、より情報も多くなると。そのような方向性を少しでも、スタンダードじゃないですけども、基本的な概念を少しずつ見てもらう。特にこれから新しく開業してくださる先生に、たくさんでなくてもいいから、一人でもいいから在宅をしてくださいというときには割に誘導しやすいと思っています。でも、今もうかなりされている先生方に「ちょっとこれを変えてほしい」とかいうのは言えないので、その辺は申し訳ない、難しいところだと思います。

56:

○光永敦彦委員

参考人を中心に相当積み重ねや努力があるから、こういうふうになっているのかなというのが非常によく分かりました。

最後に、さきの総選挙で尊厳死法みたいなことが一つ課題になって、これをどう考えるかというのは、まあ、イングランドとかウェールズですかね。尊厳死法ができて、6か月終末期というふうに位置づけて、そこから判断していくみたいなことがあったと思います。日本の場合は法律そのものがまだないんですけども、その尊厳死法という問題についてはどのようにお考えか。今日のテーマに直接関わらないんですけども、ACPに関することかなと思いましたので、ちょっとお考えをお聞かせいただけたらと思ひまして。

57:

○参考人（今出陽一朗）

恐らく、尊厳死に関しては、我々医者は医者なりの考えがありますがけれども、法律がない限り、我々はやはり法律の上で医療をしていますので。ところが、尊厳死宣言はできません。これはもうはっきりした文書として、一種の遺言書と同じような形ですが、すごく生きてきます。ですけども、そこに我々が安楽死ということはできないわけです。ですから、あくまでもその人の意見は尊重できますけれども、今の法で決まっている、憲法で決まっている中で、できる範囲で我々はその人の思いに寄り添うということで、少なくとも積極的安楽死は、まず日本では生まれないと思っております。

58:

○光永敦彦委員

最後にしますけれども、なぜそういう質問をさせていただいたかという、先生のように本当に在宅や御家族に心を寄せて頑張っておられる医療従事者の方の努力が、結局、全体として医療給付を抑制するという政府の動きに、言葉は悪いですけども、利用・悪用

されたりとか、あるいは高齢者と若年者を分断するということに使われたりしては、これは本来の先生の努力と違うんじゃないかなというふうに改めて先生の実感や熱意をお聞きして思いましたので、やっぱり政治の現場ではそういうことも含めてよく考えて判断していかないといけないなということを改めて感じましたので、失礼ながら、そういう質問もさせていただいたところであります。

今日はありがとうございました。

59:

○磯野勝委員

1点だけ伺います。京あんしんネットについてでございます。

患者情報を共有するツールとして京都府が推進されているんですけども、これは非常に優れたアプリというか、ツールだと思っております。

それで、患者さんとお医者さんとのいろんな会話とか症状やらするのに、今までやってら、お医者さんは伝わったけれども、こっち側の家族とかはなかなか伝わらなくて、ましてや看護師さんや薬剤師さんともつながっているのは非常に安心だと思うんです。それで、その情報を共有している人が多くなることは非常にいいんですけども、逆にプライバシーとか個人情報の漏えいについて心配される方がいらっしゃると思うんですね。この辺の運用ポリシーというのがもちろんあると思うんですけども、その情報漏えいとかの観点から、この京あんしんネットの運用ポリシーはどうなっているのかということと、あと一つは、具体的に、亡くなってこれが一旦閉じられます。それで、閉じられた後の情報というか、データがどのように処理されているのか。それを御家族の方がどのように把握されているのか。その2点だけ教えてください。

60:

○参考人（今出陽一朗）

このポリシーにつきましては、しっかりしたポリシーがありまして、ちょっと私は空では言えませんが、ちゃんと京あんしんネットを使うためのポリシーがざあっと規約と同じように書いてあります。

これは、我々個人で言えることではないんですけども、一応京都府医師会という大きな組織が、今のところ、そのポリシーの運用上、してもらう分には個人情報の漏えいにもならないと言われております。

あともう一つの亡くなった後。それは、一般的な主治医、例えば今出クリニックのやつは、私が消さない限り、ずっと残っておりますが、ほかの人たちはある程度したら自然に見えなくなるような、そんな形になっております。

61:

○磯野勝委員

ありがとうございます。

医師会の関係する看護師さんとか保健師さん、ケアマネさんとかケースワーカーさんとか、あと特に御家族でも兄弟とか親戚が入っちゃう場合があるので、その辺のところもこれからいろいろ懸念は出てくるのかなと思っていますので、それは京都府さんのツールの運用の方法・仕方にもよると思うんですけども、しっかり充実しながら、その点も気をつけながら、ぜひいい運用にしていきたいと思います。

以上です。

62:

○田中健志委員

ありがとうございます。本当に熱心で、大切なお取組に敬意を表したいと思います。

看取りサポートシステムの中で、図にもありますけれども、御自宅で亡くなられて、場合によっては警察の介入という書き方があって、私自身も経験があるのと、ごく最近、私の身近でもあったので、やはり、まあ、客観的に考えると、警察の方も仕事でやっているので、検死であったり、あるいは事情聴取のようなことがあって、お亡くなりになった方の御家族にそういうことが必要になってくるとするのは客観的には理解するんですけども、やっぱりその現場でやるというのは大変なことだったし、大変な状況の経験がありまして、それをこのシステムでこういうことがないようにされているということについて、とても大事な取組だなということを思いました。

ただ、場合によっては、例えば御家族が慌てて、かかりつけ医さんとかではなくて 119 番してしまったら、やはりこれは同じような手続になっちゃうのか。その辺りはひょっとして契約とか北部医療センターさんとの兼ね合いの中で警察の介入ということを防ぐことができるのかについてどうなっているのか、お伺いできればと思います。

63:

○参考人（今出陽一朗）

これが 119 番もしくは 110 番をすれば、必ず警察介入になります。そうなったときに冷静になって、例えばそれが私の患者さんであれば、私の今出クリニックあるいは今出陽一朗に連絡できれば、私が警察のほうから説明すると、きれいにいきます。けれども、私への連絡がなければ、そのままもう警察に御遺体が行って検死。場合によっては、二、三日

帰れないこともあります。そういう結果になります。

64:

○田中健志委員

よく分かりました。

16件という実績で、多分いろんなケースがあったし、この16件にカウントされないこともあったのではないかなと想像いたします。今の先生の御回答でよく分かりましたけれども、場合によってはいろんなことがあって、御家族もいろんな思いをされるのかなと思いますし、事前にこういうシステムがあって、御家族もしっかり理解されて看取りの現場に立ち会われているということがこれからも地域の中でも根づいていくのかなということを感じました。

ありがとうございました。

65:

○藤山裕紀子委員

今日はありがとうございます。

今日の中身とは少し違ってくるのかもしれないんですけども、2点伺いさせていただきたいと思います。

まず1点目が、先ほども単身の方、独居の方の質問はあったんですけども、今、社会の状況がいろいろ変わってく中で、実際、未婚率も高いですし、多くの方が離婚をされて、子どもさんがいらっしゃっても、離婚された後にお父さんのほうへ行く、お母さんのほうへ行く、いろいろある中で、どんどん単身の方というのは増えていくのかなというところを実感として感じております。

そういったお独りの方というのがどこかで医療のお世話になることがあれば、そこから福祉のほうに何かあってもつないでいただけるという、ある意味、医療というのがその窓口になる可能性もあるかなとは思うんですけども、そういったことが何もなく、幸いなことにある程度健康に暮らしてこられて、少し病気があっても特に大きく捉えられずに医療にもかからないという方がいわゆる孤独死のようなことを迎えられるというのが、まあ、最近、私の身近というか、近所でもあったんです。そういったところに対して、私自身何かできたのかなと思うところもありながら、今、地域の中で、個人情報保護なんかもあって、そういう方がどちらにいらっしゃるかも分からないような状態になっているというところでどういうふうに捉えたらいいのかなと思っておりまして。医療の現場にいらっしゃるお立場として、そういう方々についてどのように捉えられているのかということをお聞かせいただけたらと思います。

66:

○参考人（今出陽一郎）

明確な回答ではないかもしれませんが、まず我々医者の立場からすると、ある程度の年齢になったら、30代は別にしても、とりあえず、厚生労働省が言うかかりつけ医ではなく、かかりつけ医を持ちましょう。このキャッチコピーで、たとえ大してお体に病気がなくても、ある程度年齢がいかれたら、風邪でも何でもいいから、何かあったら行ける医者を見つける。要するに、そこにカルテを1個つくっておくと。

一時期、国が言っていたかかりつけ医というのは1対1ひもで、「Aさんは、このかかりつけ医しか駄目」とか、その制度ではないです。京都府医師会が言うかかりつけ医で、要するに、患者さんが「この人がかかりつけ医」と思えば、かかりつけ医で。それは1人じゃなくても別に何人いてもいいんです。何しろ最低1人はかかりつけ医を持つと。要するに、大した病気じゃなくても、1回先生のところに行ってカルテをつくっておくと。それだけで何かあったときにあらゆるつながりができます。

ところが、それが全くなく、急にぽんっと命が危なくなった場合には我々もどうしようもないので、我々医者の方から見ると、医者にはかかりたくないですけども、一応お知り合いになってくれるか。要するに、カルテをつくるという意味だけでいいんです。単なる健康診断、本当は健康診断では医療は駄目なんですけれども、それはアバウトにいけばオーケーですから、やはりかかりつけ医をまず1人つくっておきましょう。これは、これからの高齢・多死だけじゃなくて、今言われたように、单身の方が増える場合には非常に大きいと私は考えております。

67:

○藤山裕紀子委員

ありがとうございます。

本当に社会の状況が変わってきている中で、今、人との交流が減っている方も非常に多くて、こういうところは難しいなというふうに思っているところです。

もう一点、それと少し関わるんですけども、最期の自分のしまい方を考えたときに、今の高齢の方というのは自宅で最期を迎えたいという方が実際多いなというふうに感じるんですが、私の親世代、60代ぐらいより下の方のお話を聞いていると、子どもさんのお世話になりたくないから、もう自分である程度の年になったら施設に入って、最期はそこで迎えたいというようなことをおっしゃる方も結構多いなということを感じているんです。価値観とともにそういった最期のしまい方もそれぞれ希望が変わってくるのかなというところを今感じているんですが、その点はどういうふうに捉えられているのでしょうか。

68:

○参考人（今出陽一朗）

今言われたようにお子様との関係で施設を考えるという方は、恐らく同居の方だと思います。そういう方は、それもＡＣＰの一つの立派な現れだと思います。

ただ、厚生労働省の20歳以上の3万人ぐらいのアンケートでは、まだ7割ぐらいの方が「自宅」と答えております。しかし、今言ったように、同居の人で、子どもに迷惑をかけたくないという人は、施設というのは、先ほど言ったように、施設といっても、これは第2の我が家で、今はもう施設も非常にきれいになっていますし、それからケアも、ユニットケアと言って、前のような集合ケアじゃありません。御飯も自由に全員食べられて、その人がその人の好きなときに食べて、30分で食べるんじゃないくて。要するに、我が家がたまたまそこにあるという考えですから、施設というのも私はＡＣＰとして全くこれからある話だと考えております。

69:

○藤山裕紀子委員

ありがとうございます。

施設というのも、長らく住んでいたらそこになじんで、ある意味、そこが家族というところになるのかなというふうに今のお話を伺って感じました。

ありがとうございました。

70:

○青木義照委員長

御発言も尽きたようでありますので、これをもちまして所管事項の調査を終了いたします。

今出様には、大変お忙しい中、参考人として本委員会のために御出席をいただき、貴重な御意見を述べていただきましたこと、心から感謝申し上げます。本日いただきました御意見につきましては、今後の委員会活動の参考にさせていただきたいと存じます。

また、理事者各位におかれましては、本日各委員から出された御意見、御見解等について、今後の府政の推進に当たり、十分御留意をいただき、府民のため、なお一層の創意工夫をされるよう、お願いいたします。

71:

- 4 その他
発言なし

72:

- 5 閉 会
青木義照委員長から閉会宣告が行われた。

－以 上－

© 京都府