

令和2年度第3回安城市地域ケア推進会議

日時 令和2年9月17日（木）

午後1時30分～午後3時

場所 社会福祉会館 3階 会議室

1 会長あいさつ

2か月ぶりの開催、引き続きよろしく申し上げます。新型コロナは若干数字的には下がっているが変わらず皆さんは日常生活や業務において不自由な状態で続けておられると思う。本日も研修会をどのようにやっていくかという議題があるので討論いただければと思う。

前回申し上げた臨床倫理コンサルテーションについて、方法を検討していただいたので報告いただく。前回、エアコンが故障して亡くなる方の話をしたが色々なことが地域で起こっている。その後に経験したことで、非常に高齢の方で食べられなくなったので家で看取ってほしいと包括から依頼を受けた。かなり衰弱しているかと思ったが頭はしっかりして元気だった。お孫さんと2人暮らしで、孫に迷惑をかけたくないから早く逝きたいとのこと。8月の末から故意に絶飲食していた。できれば今日逝かせてくれと。このような場合専門家の先生の意見も聞きたい。自分たちだけで決めてしまって良いか迷う時の相談窓口として説明をお聞きしたいと思う。

初めに、安城市では同居の高齢者の自殺率が高いという話をしていただく。

2 議題

(1) 「ゲートキーパーの役割について」健康推進課 健康推進係 より（資料1）

事務局)

安城市の自殺対策の計画として策定された「いのち支える安城計画」の施策の一つとしてゲートキーパーの研修が位置づけられている。危険の高い人を早期にとらえて適切な相談先につなぐことが大切。安城市の特徴として自殺のハイリスク群に家族と同居の60歳以上の人が挙がっていることもあり、医療と介護の専門職の皆さんにゲートキーパーの役割を知っていただき適切な支援につなげていただけるようにと企画した。

健康推進課)

ゲートキーパーは自殺対策に欠かせない役割をするものである。9月15日の新聞記事によると、9月14日に愛知県の大村知事から自殺者が増えたという緊急メッセージが出された。8月の自殺者が119人で前年の同じ月に比べて63%の増加だった。都道府県別では東京都の次に愛知県が多い。新型コロナが2月頃から流行してきたことにより生活が変化してきた。3～5月の自粛期間は自殺数は少なかったが6～7月全国的に少し増加し8月で急増した。今は周りの人が少し気にして声をかけたりするような活動が必要なのではないかということもあり、ゲートキーパーの話を少しでも参考にしていただければと思う。

(資料1の説明要旨)

・ゲートキーパーの役割について

単純に訳すと「門番」。自殺対策に欠かせない命の門番としての役割を担うのがこのゲートキーパー。先ほど事務局より安城市の自殺対策計画の施策の一つにゲートキーパー研修があることを説明いただいたが、国の自殺総合対策大綱においても重点施策の一つとしてゲートキーパーの養成を掲げている。ここでは、かかりつけの医師をはじめ教職員、保健師、看護師、ケアマネジャー、民生委員、各種相談窓口担当者などあらゆる分野の人材にゲートキーパーとなっていただけるよう、研修を行うことが規定されている。保健センターでは、安城市に少しでもゲートキーパーを増やしていきたいと思ってお話をさせていただくのでよろしくをお願いします。

① いのち支える安城計画

平成 28 年、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して改正された自殺対策基本法に基づき、安城市では平成 30 年度に「いのち支える安城計画（安城市自殺対策計画）」を策定した。自殺に至るにはさまざまな要因が複雑に影響しており、単純ではないことに鑑みこの計画では本市における様々な事業に自殺対策の観点を盛り込み個人の抱える悩みの解決のため全庁横断的に支援推進することとしている。リーフレットは概要版。

② 安城市の自殺者の現状

人口 10 万人に対する自殺死亡率は国や県においては年々減少してきているが安城市は平成 25 年以降横ばい状態。今までは全国平均で自殺率が減少していたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて今後の増加が懸念されている。

自殺者は交通事故による死亡者の 4～9 倍にも上っており、決して少なくない現状にある。男女比は、男性：女性＝7：3 で男性が非常に多いのが現状。同居人の有無では、同居人ありが 7 割強と非常に多い。ということは、家族がいて見守る人がいる状況でも自殺に追い込まれているということが言える。職業別では、男性で一番多いのが被雇用・勤め人、次に年金雇用保険等生活者、女性では、年金雇用保険等生活者、次に主婦が高い。全国の割合と比べて安城市では、被雇用・勤め人の割合が少し高い。次に、原因・動機別の自殺者の状況。健康問題、家庭問題、経済生活問題、勤務問題、男女問題の順に多い。健康問題については身体的な疾患だけでなく、精神疾患を含むので様々な問題が根底にありその後、精神疾患を発症してその後自殺した場合も含まれるので数が多いと考えられる。

③ 安城市の自殺のハイリスク群

多いのが高齢者の男性で、次に 40～59 歳の有職者の男性、20～39 歳の男性、次いで上 60 歳以上の女性の順。このようなデータを総合して自殺総合対策推進センターが全国の自治体ごとにプロファイルした結果、安城市における自殺対策のハイリスク群が高齢者、生活困窮者、勤務経営者、若者とされた。皆さんは高齢者に関わる機会の多い職種なので高齢者の自殺が多いということをもっと知っていただきたい。自殺に至った原因の多くは精神疾患を含む健康問題である。しかし死の直接的な原因となった問題を発症するまでには様々な過程を経ている。図の中の丸の大きさが要因の発生頻度を表している。丸が大きいほど自殺者にその要因が抱えられていた頻度が高い。矢印の太さは要因の連鎖の因果関係の強さを表している。矢印が太いほど因果関係が強い。自殺は直接的な要因では鬱状態が最も大きくなっているが

そこに至るまでには複数の要因が連鎖しており、自殺で亡くなった方は、平均して四つの要因を抱えていたということがわかっている。いじめや失恋、進路の悩み、仕事の悩み、家族の死亡、子育ての悩み、介護看病疲れ、ひきこもりなど様々な身近な悩みが数多く、生活苦、失業、身体疾患、鬱状態へと次々に連鎖し追い込まれた末に自殺に至っている。加えて今年は新型コロナウイルスの影響で、経済活動や社会生活への影響がとて大きくなっているのて図の失業や生活苦が間違いなく増加してきている。そして今後、さらに自殺者が増加することが懸念されている。

④ データで見る安城市

<ストレス解消法を持っている人の割合>

男女平均約3割の人がストレス解消法を持っていないのが現状。

<ストレスの実感度別でみた睡眠の満足度>

ストレスと睡眠はお互いにとっても関係していると言われている。ストレスを大いに感じるとう答えた人は睡眠が十分でないと感じていることが多いという結果が出ている。

<愛知県の地域マップ>

安城市は睡眠が十分にとれている人の割合が67%未満と低い。女性も同じく67%未満と低い。睡眠と心の健康にはすごく深い関係があるとされているので御自身の体調管理のためにも満足いく睡眠は非常に大切である。

<過去1か月のこころの健康状態から見るK6ハイリスク該当者割合>

K6とは、アメリカで開発され心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。合計の点数が高いほど精神的な問題がより重い可能性がある。10点以上がハイリスクで早目の相談が必要となる。安城市では20歳代男性のK6ハイリスク該当者が非常に高く国や愛知県と比べても非常に高い。

⑤ 自殺対策に大切なこと

- ・「精神保健上の問題にとどまらない」という視点を持つ

自殺は単に精神保健上の問題だけではなく、発端は身近な問題であることを理解しておく必要がある

- ・セルフケアをしっかりと行う

自分自身の体や心の健康状態をしっかりと把握することが大切。体が疲れたりストレスがたまった時にどうしているか。自分自身の状況を振り返ってみることが大切。そして、悩みを抱えた段階でまずその悩みを解消するように努めることで、それよりも発展せず止めることができる。誰かに話すだけで解消することもある。身近な人に話しにくい時は、地域の相談機関を頼ると良い。

- ・自分事として考える

自殺は追い込まれた末の死。そこに至るまでに様々な要因が複雑に関連している。自分には関係ないこととして片づけられない問題。

⑥ ゲートキーパーとは

ゲートキーパーとは家庭や地域、職場、学校など様々な場面で悩んでいる人に気づき、声をかけ話を聞いて必要な支援につないで見守る人のことである。特別な資格や認定制度は必

要ない。自殺対策では悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して孤独、孤立を防いで支援することが重要になる。一人でも多くの方にゲートキーパーとしての意識を持っていただき、専門性の有無に関わらずできることから進んで行動を起こしていくことが自殺対策につながると考える。ゲートキーパーの役割は大きく分けて四つある。

・役割1 気づき

自殺を考えている人は悩みを抱えることで、不眠や体調不良などいつもと違う様子である。また、若い方より高齢者の方が衝動的ではなく、長く自殺について考えた上での自殺であることが多いと言われている。悩んでいる相手の様子に気づき心配して声をかけることがまず第一歩かと思う。

・役割2 傾聴

話しやすい雰囲気をつくることがポイント。相手との距離、目線の高さ、声のトーンを工夫することで話しやすい雰囲気をつくることができる。先入観を持たずに質問を控え、本人の気持ちを尊重することが大切。相手の発言はじっくり待つ。傾聴には勝手な解釈や評価、批評はしない。

・役割3 つなぐ

できるだけ具体的に適切な専門家や相談窓口を案内する。相談先はリーフレットに挟んである。新型コロナウイルス感染症に関連したお悩み相談先フローチャートを作成したのでコロナに関する心配事にご利用ください。

・役割4 見守り

つないだ後にも寄り添って見守る存在があることが大切である。問題や悩みが解決しなかったとしても見守ってくれる存在があると自殺まで至らないで済むこともある。家族や友達がいつもと様子が違う時、皆さんきっと「元気がないけどどうしたの」と声をかけていただいているだろう。このような普段の皆さんの行動が、ゲートキーパーの役割に結びついており、自殺対策につながっている。

⑦ まとめ

自殺対策というと大がかりなことに聞こえるかもしれないが、小さな悩みをそのままにしないということの積み重ねこそが大事だと考える。このようにお話しすることによりゲートキーパーの役割を果たしてくれる方が社会にたくさん増えていくことで、自殺者を減らすことにつながっていくと思う。身近に気になる方がいた時は今日の話思い出していただけると嬉しい。御自身が1人で受け持つのは大変なこともあるので、その時は先ほどの相談窓口を参考にいただければと思う。職務上だけでなく、家族友人との関係においても、ぜひ相談機関等を活用いただければと思うのでよろしく申し上げます。御清聴ありがとうございました。

意見・質問

会長)

ゲートキーパーは特定の人でなく周囲にいる人という捉え方で良いか。

健康推進課)

皆さんにゲートキーパーとしての役割をしていただきたい。

(2) 在宅医療・介護連携推進のための研修会実施報告 資料2、資料3

・高齢福祉課 (資料2)

7月22日、7月31日にオンライン研修とサルビー見守りネットのバージョンアップに伴う使用方法の研修会を開いた。コロナ禍において少しでもリモートに慣れていただくため。多くの方が参加していただき2日に分けて開催した。研修会の参加者は89名、アンケートの回収率は87.6%。研修会の反応は7割強がわかりやすい、満足という回答で82%の方が生かせると回答していただいた。初歩的で実践的な研修で、実際に参加していただいた方の意見は、ZOOMを活用した研修を計画してもらえて良かった、操作方法について分かって良かった、少し難しかった、もっと知りたいと思った、今後も研修を希望します、手元で操作しながらだったので分かりやすくて良かった、など。

意見・質問

なし

・リハビリネット部会 (資料3)

8月5日にZoomの活用練習会、8月26日に介護予防に必要なフレイル対策をテーマに研修会をした。研修会の参加者は83名、アンケート回収率は78.3%、職種、所属は資料の通り。内容に関するアンケート結果は、「わかりやすかった」、「まあまあわかりやすかった」が9割、「満足」「まあ満足」が9割、「フレイルの理解度が深まった」が9割、「今後活かすことができる」が9割以上。今後の企画は、フレイルの栄養面、安城市の地域資源、リーダー育成、多職種連携に必要なサービスなどについて意見をいただいた。その他資料の通り。この研修会は、各専門職の顔の見える関係づくりも目的なのでオンラインでのグループディスカッションは満足いただけたと思う。またこのアンケート集計はGoogleフォームを利用して自動でグラフ化した。主催者としてアンケート集計の負担が減った。

会長)

2つの研修会とも、若干方法は違うが非常にスムーズに進み非常に有意義な内容だった。

意見・質問

デイネット部会)

スマートフォンとパソコンやタブレットは操作方法が若干違う。研修の反応でわかりにくかったと回答した人は操作に慣れていない人。この方たちをどうサポートするかで今後の研修会がスムーズにいくと思う。今後はスマートフォン、タブレット、パソコンいずれの使用を検討しているか。

事務局)

今後マン・ツー・マンでの研修を企画していけたらと考えている。

デイネット部会)

ZOOMは便利なのでハードルが下がればもっとコミュニケーションが取りやすくなる。

地域支援係長)

一番難しいのはホスト側。各部会にキーマンになるような人を育て上げて、その人が基本操作がわからない10%の方を担当していただけるとありがたい。

デイネット部会)

部会でキーになる人を作っていくイメージですか。

地域支援係長)

そのとおり。

会長)

リハネット部会はこの分野で先進的にやっているので安城のデジタル大臣として引っ張って行っていただきたい。今後の研修会の予定を事務局よりお願いします。

事務局)

資料4を見ていただくと研修会が軒並みと中止になっており今後もこの状態は続くだろうから、個別対応で研修のホストになるためのお手伝いをマン・ツー・マンでしたいと思っているので気軽に声をかけていただきたい。今回の研修会でリハビリネット部会はたくさん準備をされたらうからアドバイスをお願いします。

リハビリネット部会)

研修会がスムーズにいった要因は、主催者側がオンラインを使い慣れていたことと、参加者が在宅医療サポートセンターの研修会や8月5日の活用練習会で複数回の練習機会があったこと。ただ、主催者側は準備が足りていなかったと思うので今後支援していただけるとより良い開催につながると思う。また、ZOOMのアカウントが無料か有料かでも違う。研修会は有料アカウントを使用した。有料アカウントは参加者の人数が増やせたり共同ホストの設定ができるので、他の運営スタッフに操作を任せられたことがスムーズにできた要因だと思う。無料と有料の違いを踏まえた上での研修会の新たな形の支援、バックアップをしていただけると開催が広がっていくと思う。また、この先病院での退院カンファレンスなど色々なハードルも少しずつ下がっていくと思う。よろしくお願いします。

リハビリネット部会)

メールでの資料配布は管理が大変だった。スマートフォンのアドレスには資料のボリュームが大きくて送れず一斉配信できなかった。今後検討が必要。

住まい部会)

我々の業界もZOOM会議をやるのでホスト側が大変なことは分かる。我々は研修をほとんど動画配信にしている。データで見ると集合研修よりも動画研修の方が身になるという意見の方が多い。話を聞く研修なら動画研修やホームページからアクセスできるようにするともっと入りやすくなるのではないかな。

リハビリネット部会)

リハビリネット部会でも動画配信は検討したが、この研修会の目的が「顔の見える関係づくり」でありディスカッションもしたかったので今回は全部オンライン研修にした。

会長)

12月12日の医師会部会の研修はやることに決定している。ICT活用研修会。当初サルビー見守りネットについてのICT活用研修会をグループワークでやる予定だったが現状難しいので「COVID-19時代の多職種連携」についてのICT活用研修会とした。内容は、先生から、このような時代だからこそACPが必要、倫理的なことについてICTを活用するという話を依頼している。また、退院カンファレンスをいち早くオンラインで取り入れICTを使った多職種連携に積極的に取り組んでいる小林記念病院の看護師のかたに講義をしていただく。先生とはできれば顔の見えるところでやりたいと考えているがオンラインを前提として条件に合わせて行う。

地域支援係長)

昨日市のイベント開催基準が国の9月19日からの基準緩和に合わせて大幅に緩和された。9月19日から11月30日まで、大声を出さない通常の会議やセミナーに限り定員通りの人数で実施可能という指針が変わった。研修は調整事が多いので中止を実施に変えることは難しいが現状の基準は緩和された。

リハビリネット部会からのメールアドレスの件について。今後、倫理コンサルテーションが始まるとICTの活用が便利になる。メールアドレスを事前に共有する仕組みができると良い。

(3) 倫理問題相談窓口について (資料5)

病院部会)

医療に倫理は関係あるのかと思われるかもしれないが、このような状況になった経緯を説明する。5年程前から私は更生病院で臨床倫理コンサルテーションという立場で動いている。病院の中で起こった倫理的問題に関して相談を受け、アドバイスをしたり一緒にカンファレンスをして何らかの方向性を見出すという、医療職に対する支援であり結果として患者さんをより良い方向へ向けるということをしている。当初相談件数は年間10~20例だったが今は毎週のように依頼がある。それだけニーズがあるということ。5年以上前は自分1人で考えて決めていた。そういう状況が地域の中にもある。私が倫理が大事だと思ったのは在宅医療をやってから。在宅の現場の中には倫理的に問題になることがたくさんある。だからこそ最終的な倫理の到達点は地域に持っていかなければいけないと思っている。以上の事から倫理的問題相談窓口を始めようと考えている。

倫理的問題とは、皆さんが医療や介護の現場でモヤモヤすること。例えば本人の意思が分からないこと。何らかの治療を進めていこうと思うが本人の意思が分からない、これは本人のためなのか。認知症高齢者が増えている現在このようなことは非常に多くある。胃ろうの差し控えや中止、透析や入院治療を差し控えること。本人や家族がやめてという場合、本当にそれでいいのかということ。家族がいない、疎遠など、認知症の場合は代理判断ができない。ここにも問題がある。資料(資料5-1 在宅現場で感じるモヤモヤ感)にあるようなことが具体的に病院でも起こるし在宅の現場でも起こっているはずと思う。

倫理的問題とはどのようなことか。身体抑制をして点滴を抜かないようにするなどということはよくあるが認知症の方は何をされているか分からないから嫌がる。ある人は、「本人が嫌がっているのに無理やりやるなんて人権侵害だ」と言うだろう。これは患者さんの言うことは尊重しなければいけないという自律尊重の立場。でもある人はこう言う。「いや、今この治療が済めば元気になる可能性があるからやむを得ない」と。これは善行の原則と言い、患者さんに良いことをするのは我々医療者や介護従事者の大前提であるということ。もう一方で、「身体抑制をするのは行動制限することだから人権侵害となり絶対やってはいけないこと」という意見もある。これを無危害原則と言う。また、「本当はこの患者さんにずっと付いてあげたいが病棟で何十人も看っていて特に夜は他の患者さんに迷惑がかかるから付きっきりになれない」という意見もある。身体抑制だけでもこれだけ色々な立場、意見、考え方があり対立している。これを倫理的ジレンマ、倫理的価値の対立と言う。このようなことが起こるから現場はどうしたら良いか分からなくなる。自律尊重を選択した場合と善行を選択した場合ではとる行為が全く変わる。自律尊重を良しとすれば抑制はしてないけないし、善行原則に則れば抑制もやむを得ないとなる。これでは現場は混乱する。ではなぜジレンマが生じるのか。それはそれぞれの立場は価値観であり多様性があるから。例えば医師と看護師は同じ医療者でも微妙に価値感が違うのでよく対立する。立場による価値感が違うから患者と家族でも意見が対立する。もう1点の問題は、価値感には優位性がないこと。どちらが正しくてどちらが間違っているかということがない。これが非常にややこしくさせている。このようなことがあるので医療としてどう考えるかではなくどちらの価値観が良いかを考えないといけない。ということは、1人で考えてはいけない。1人で考えると個人の価値感のバイアスがかかるから。在宅の現場はどうしても1人で考えがちになる。病院は側に同僚や上司がいるが在宅の現場は孤独なので判断にすごく悩む。結果が重大な場合は特に誰かと相談する、誰かの意見を聞くことが必要。全く違う価値感を持っている人の中でその人にとっての最善は何だろうと話し合いの場を持つ、もしくはアドバイスをもらうことが必要だと思う。これは患者さんにとってもQOLを向上させるなど良い医療につながるし、医療者、介護従事者のスキルや人間性、医療人としてのプロフェッショナリズムも高まると思う。全体的な医療の質も高くなるだろう。このように考え、今後地域の中でまずは私が相談窓口となりアドバイスをしたり場合によってはカンファレンスを開くことを考えている。

実際の手順は、サルビー見守りネットポータルサイトの「地域における倫理相談窓口」から入り、事例提供フォーマットに事例をまとめてメッセージ機能を使って私個人に送っていただくことを考えている。サルビー見守りネットに入っていない人は私個人のメールアドレスに送っていただくことを考えている。

病院の倫理コンサルテーションも半分以上はアドバイスで終わっているのですが、アドバイスをして、それでも話がまとまらない場合はカンファレンスをするという運用を考えているがやりながら考えていきたい。恐らく地域でこのような窓口を作っているところはほとんどないだろう。全国で先進的にやっていくことも意味のあることだと思うので皆さんご協力ください。

訪問看護ネットワーク部会)

フォーマットの中に「医療ケアチームの意向」とあるが、かかりつけ医と訪問看護、訪問リハビリに関するチームの意向か。また、回答をいただけるタイミングは、

病院部会)

チーム内で価値感が対立することがあるだろうから、患者さんの治療やケアに対しての意向を職種ごとに分けて書いていただいても良い。医療チームの考えと患者さんの考えを分けて書いていただいても良い。回答には数日いただきたい。

地域支援係長)

この制度は在宅医療を孤独に感じながら独りで悩みながらやっている、特にドクターにとってとても良い制度だと思う。しかし、件数がたくさん出てきた時に杉浦先生が一人でやるのは心配。多職種の学びの場にもするためにチーム制でできると良いと思う。

病院部会)

資料にある、「現場で気づき、悩み、考えることのできる文化・風土」を最終的に作る事が理想。コンサルテーションがなくても現場で考えて対応できるならそれが一番良いが難しい。問題のレベルで、現場で対応する、みんなで話し合う、と分けても良いと思う。

これはACPにも通じること。倫理問題の半分は意思決定の問題。意思決定の問題の多くは価値感の問題。つまり、倫理の問題も価値感の問題である。だから、医学のように白黒はっきりつかない問題をいかに皆さんが現場で考えることに慣れてもらうか。価値観である倫理の問題は決してどちらかが正しくてどちらかが間違っているということではない。価値感をどうしようかと話し合うことは意思決定の場面でも同じ。そのような意味でこの倫理的な問題への取り組みが自然に現場で浸透することが私の希望。

会長)

先生が言われたように最終的には患者さんへ良いことをするということになるだろうが、一番は専門職が行き詰まってしまうことに皆さんお困りだろう。また、係長が言われたようにたくさんの相談が集中して先生が大変になることも良くないので、振り分けをしていただきたい。地域に相談窓口があるということが私たちが安心して日常の業務を遂行できることにつながると思うのでよろしくお願いします。

病院部会)

今年7月に発刊された「BRAIN and NERVE」に病院でやっている臨床倫理のことを書いた。目次にある先生方は日本の臨床倫理における第一人者。この一冊で臨床倫理の基本、判断能力をどうするか、認知症の人の倫理はどうなのかということについての参考になると思う。

連絡事項

- ・新聞記事より 「コロナが変えた最期の風景 看取りは自宅で」(資料6)

昨年まで推進会議のメンバーだった榎前町内会長からの情報提供。新聞記事より「コロナが変えた最後の風景 看取りは自宅で」。新型コロナウイルス感染防止のため病院での面会が制限されて自宅での看取りを望む人が今までの約2倍増えている。厚生労働省の意識調査では最期を迎えたい場所として約7割が自宅を望んでいるが現実には8割が病院や施設で亡

くなっている。尊厳ある最期について新型コロナウイルスが考える契機になったのではないか。終末期で大切なのは患者さん本人が延命を望むかどうか。最期はそれぞれの価値感による多様性が当然認められるべきだと書いてある。

- 看取り事例分析の提出が9月末。
- 看取り体制の検討チーム 各部会より参加者が決定したら高齢福祉課まで連絡を。

次回 令和2年10月15日（木）午後1時30分～3時 社会福祉会館 会議室