

令和3年度 坂ノ市圏域 地域連携検討会 報告書

1 日 時 令和3年11月24日(水) 18:30~20:00

2 参加方法 Zoom ミーティング

3 内 容 (1)講話 「人生会議を知ろう」

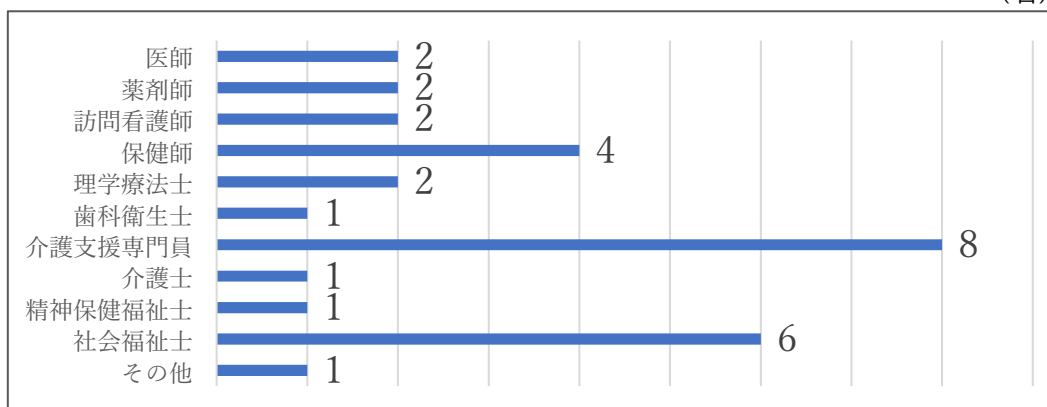
講師：坂ノ市地域包括支援センター 社会福祉士 加藤 圭一 氏

(2)グループワーク 「かたろう人生会議」

①私たち専門職ができること ②意思決定支援の経験談

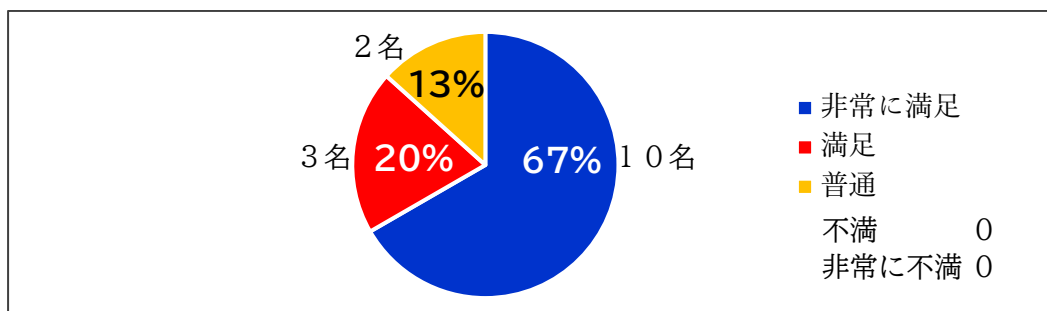
4 参加者数(30名)の内訳

(名)



5 アンケート集計

問1. 本日の地域連携検討会参加の満足度はいかがでしたか? (回答15名/30名中)



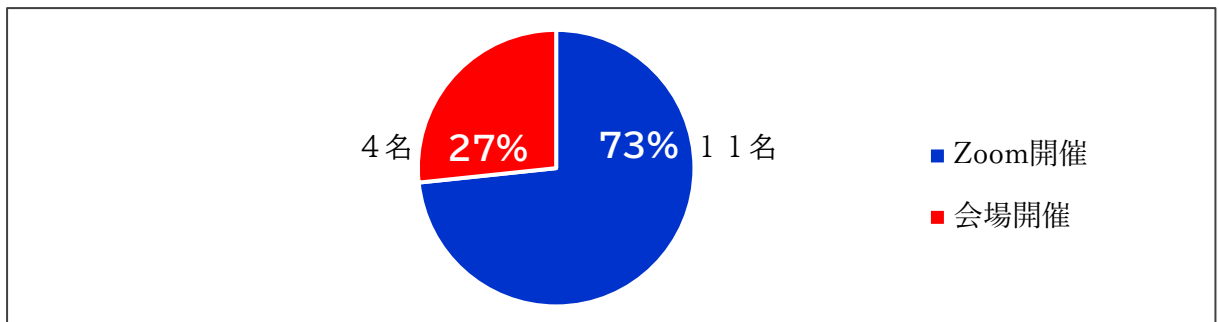
問2. 講話について(感想や、聞けなかったことなどお書きください)

- ・ 介入や、エンディングを話題にするタイミングも重要だと感じました。[介護支援専門員]
- ・ 様々な職種の意見が聞けて良かったです。また他事業所の意見を聞いたことも良かったです。[理学療法士]
- ・ 人生会議を知る、良い機会になったと思う。[保健師]
- ・ せつかくの事例なので、事例に対しての自分たちなりの関わりを共有できると、もっと活かせたいと思います。[看護師]
- ・ ACPの情報を共有する方法。それぞれが情報を持つだけではなく、それを共有していくことが難しい。[社会福祉士]
- ・ エンディングノートの活用をしたいと思います。[介護支援専門員]
- ・ その人がこれからも満足して生活していくためにも、本当に希望される人生の終い方について、寄り添いながら確認していくことが大切だと感じました。[介護事業所関係者]
- ・ 経験に基づく貴重なお話を聞けました。今後の業務に活かしていきたいです。[薬剤師]
- ・ 多職種連携の具体例を聞いてよかったです。[薬剤師]
- ・ 多職種のいろいろな情報を聞くことができ、今後の訪問時に活かせると感じました。[看護師]
- ・ 色々な職種から意見を聞くことができた。活発な意見交換を行うことができた。[精神保健福祉士]
- ・ 実際にACPを行ったり、エンディングノートを活用した事があるのかを、聞いてみたいと思いました。[介護支援専門員]
- ・ グループワークの時間が短い。[社会福祉士]

問3. 多職種連携で良かったこと、他職種との連携上の困りごとや要望など教えてください。

- ・ 色々な職種での考え方が聞けた。それぞれの職種の特徴があることもわかりました。[介護支援専門員]
- ・ 普段ゆとり多職種の方のお話を聴く機会がないので、それぞれの専門職の方の意見が聴くことができ良かったです [介護支援専門員]
- ・ 医療・介護連携の中で、多事業所連携が重要と感じています。現在、在宅で一部、ケアマネ主導で MCS(多職種連携用のアプリ)を使用しています。今後もそのようなツールが広まると、情報共有がスムーズで、ケアマネの業務負担軽減にも繋がるように感じます。まだまだ浸透はしていないため、そのようなツールを浸透させるための勉強会もして欲しいと感じています。[理学療法士]
- ・ 開業医の先生との連携に難しさを感じることもある。介護保険制度や他職種の動きについてご理解いただくことが難しい場合がある。[保健師]
- ・ 介護職の方が研修の場に参加する事が少ないと感じています。実務場面ではいちばん身近に接する職種なので、もっと積極的な参加を促していただきたいです。[看護師]
- ・ みんなよく頑張ってくれています。本日のように多職種がコミュニケーションを取り続けることが、良い連携を生むと思います。[医師]
- ・ 多職種によってそれぞれの思いがあり、参考になりました。[介護支援専門員]
- ・ 施設関係の方が少なく、多少気が引けましたが、在宅支援の中で生き生きと頑張っておられる皆さんの話を聞いて、大いにやる気が出てきました。ついつい閉じがちな入所施設ですが、もっと外に出るべきですね。[介護事業所関係者]
- ・ 担当のケアマネジャーの方から細かく情報提供いただけるので、患者状況の把握に大変助かっています。[薬剤師]
- ・ いつも患者様の状態を的確に教えていただいて助かっています。[薬剤師]
- ・ 入院中は面会できないため、状態を知ることが難しい。職種で知っている情報は連絡を早めにと 생각합니다。[看護師]
- ・ 坂ノ市圏域においては、比較的連携が取れていると思います。ヘルパーさんは人材が不足しているので、調整が難しく感じています。[精神保健福祉士]
- ・ 各事業所との連携に、ICT等を利用していければと思います。[介護支援専門員]

問4. 新型コロナウイルス感染症収束後は以前と同様に集合開催となりますが、参加しやすい開催形式を教えてください。(回答15名/30名中)



問5. その他ご意見・ご感想

- ・ 大変有意義な時間でしたが、地域住民の参加もアリなのではないでしょうか。[介護支援専門員]
- ・ 多職種が連携することで、対象者の不可能を可能にできることはたくさんあるのではないかと思います。[保健師]
- ・ 入退院における在宅との連携をスムーズに行えた事例や、うまくいかなかった事例を地域で共有できると良いかなと思いました。その中に ICT の活用も含め、地域連携でこのようなことを行っている等すすめる(共有する)ことで、より良い医療介護連携が行えるような地域になると思います。[理学療法士]
- ・ 医師等、様々な方の参加があると、新鮮さや新たな意見を聞く機会になるのではないかと思います。[保健師]
- ・ オンラインになり、時間を有効に使って参加できるようになりました。[看護師]
- ・ とても勉強になるテーマでした。自分の人生会議についても考えていきたいと強く思いました。[看護師]

6 グループワーク協議

※ 文中の表記について 「**最後**」…終盤、終わり 「**最期**」…亡くなる時。一度きりのことを指す

1 グループ

テーマ① 加わろう：私たち専門職ができること

司会

まずは先ほどの事例を通して、意思決定のタイミングや支援の形について、私たち専門職として何ができるかを伺いたい。

医療ソーシャルワーカー

所属の病院は訪問診療をしているので、訪問診療を開始する際は私たちソーシャルワーカーが手続の段階で、「最期どのように過ごしたいか、どこまでの医療を望むか」という話を、末期のがんであれ、認知症であれ、高血圧だけの方であれ、話しをさせていただいている。

「その場面にならないとなかなか先のことは分からないので」と言う方が多いが、「“最期どこでどういうふうに” …初めて考えます」とその場で言う方も多く、そうした事を考える良い機会にもなると思うので、最初の段階でそういう話をしている。

勿論、事例のように最初からがんでという方であれば尚更、私たちだけではなく訪問診療を開始する先生にも入ってもらって、“どこでどのような医療を受けながら、最期までどうしたい”という話をするように、そういう場面設定をするように連携室から働きかけるようにはしている。

司会

訪問診療の方でターミナルだったら「最期どうしますか？」ということはあるが、私がケアマネをしていた時の経験では、ターミナルでもない方に訪問診療を入れる際に訊いたら、「初対面で何を聞くんだ失礼な」と言う方もいたが、そういうことはあったか。

医療ソーシャルワーカー

訪問診療に携わって十数年になるが、最初の頃は経験も浅かったので、言い方とかで立腹される方はいた。

(今は)「ここで決めてくださいという話ではなくて、あくまで、これからを考える最初のきっかけですよ」という話の仕方を持っていく。

そうすると、「今まで考えたことなかったけれど、訪問診療を受けるということは、自分がそういう場面にそろそろ差し掛かってきているのかな」と、本人の意識付けみたいになってくる。勿論、その場で決められないとか、想像つかないと言う方もいるので、そこを無理強いして「決めてください」とは言わない。あまり意識のない方には、あくまできっかけづくり、という言い方をするようにしている。

司会

訪問診療というところで、最初から人生会議にかかるような話を聞くことができるのかなと思う。

訪問看護師

私たちは看護師としてまず「病気がこのようになっていく、この症状がこういうふうに出てきますよ」と、利用者が今ある場所(ステージ)や症状の説明をしたり、「今後、こういうことが起こる」と、がんの人、認知症の人だけでなく、認知症を支える人、心不全の人、皆さんにお話をして、こういうふうになったらどうしたいかを考える材料を提供できるかなと思う。

後は、日々皆さんのところに行き、この人がどういふふうな考えを持っているとか、治療や、家族・友人とどう関わってきて、どういう傾向があるのかということも、現場に出て行ってその人とお話をする中で、話ができるかなと思っている。

介護支援専門員・栄養士

まず一人暮らしだったり夫婦二人で子どもたちが遠くにいる場合、どうしてもテーマとしては「終活」から、「もし自分たちに何かあったらどうしたらいいか？」という投げかけ方を、軽い形から始める。

まったく家族の支援が無い場合はどうしたらいいかを提案したり、二人暮らしで何かあったときに救急車を呼ぶ方法とか、電話の仕方とか、動ける人だったら鍵を開けられるが動けない人の場合はどうしたら家に入れるか、そういった緊急時の対応とかの投げかけをする。

一人暮らしの方は家族と離れている方が多く、「体調を壊して一人暮らしができなくなったら家族と過ごすわ」と言うが、実際そこで積み重ねのない状況でお嫁さんだったりお孫さんだったりとか、そういう中で過ごすというのは本人にとっても馴染みのないことなので、やっぱり寂しい思いをしたり、辛い思いをしたりすることが多いので、できるだけ健康に、今の暮らしを続けられるように日頃から健康管理に気を付けるよう、そういった投げ掛けをするようにはしている。

介護支援専門員

訪問診療の契約時に同席させていただいて、その辺の話題に触れるときに結構、便乗させてもらうケースが多い。ある程度お付き合いというケアマネジメンの経過を経て、そういう状況になったり患ったりということであれば、何となく、家族の関係性とか考え方の傾向とかの当たりを付けやすいところはあるが、終末期から関わるケースもある。そういう時は正直なかなか切り出しにくいところがある。なので、ケアマネとしては、そこで切り出すことがかえって関係性を悪くしてしまう、ちょっと辛辣に聞こえてしまうこともあるので、以前から関わっている医療機関の方々とかの情報を得ながら、少し人間関係ができたところご自宅で、そういうところを復唱する意味で触れるということはある。

有料 施設長（介護士）

有料老人ホーム 48 床の特定施設で皆さんの在宅の仕事とは多少考え方が違うと思うのでどういったことを言えば良いのかわからないが、入所している 48 名の利用者のほぼ 9 割が自分の意思で入ってきた方ではない。仕方なく入られて生活している方なので、そういうことを決して忘れることなく介護するようにスタッフに伝えている。

うちには『ライフワーク』というツールがあって、生まれてから結婚して仕事をして施設に来るまでどういうことをしていましたか という簡単な絵本を作っている。その中で、「その先はどうして行きたいですか？」というのを何度もケアマネと一緒に話し合いながら、ご本人の気持ちを知ろうとしている。

でもなかなか言っていただけない方が多いので、家族の意見等も聞きながら「最期は家がいいのか？」というようなことを訊いている。

司会

施設の方はなかなか訊く機会は無いかと思うのですが、一応入所者の方には少しずつ聞いているような感じなんですかね。

有料 施設長（介護士）

そうですね。管理者をして 4 年目だが、10 年以上特養の生活相談員をしていて、その中でどうしても『本人(利用者)が施設に入られると、そこで家族は“ゴール”』と考えてしまう。ご本人は「まだまだこの先あるよ」という気持ちがあって、その先がなかなか見えない中で、やり残したことがないのかというのを引っ張り出しているところ。

実際に特養にいた時に野球が大好きなおばあちゃんがいて、宮崎キャンプに行きたいということで 100 歳の誕生日に宮崎キャンプに連れて行って、原辰徳とツーショットの写真を撮ったりとか一緒に楽しんだりしたこともある。その中で、先々のことを自分で考えられておられるのだなと思った。施設に入られて、本当は家で過ごしたい、家で最期を迎えたいという気持ちがあったのに、それも叶わぬことになって、今後どうしたらいいかということは、本人も悩まれているんだなと思うようになった。

大分市 長寿福祉課

皆さんがお話くださったような現場での対応はないが、人生会議についてということであれば、先ほど講話の中にもあったエンディングノートの啓発について、地域で在宅の先生と協力しながら話をすることはある。「話すタイミングが難しい」という話は他の包括との会議の中で聞かせてもらうことが多かったが、先ほどのように、一番最初から話をするだとかいうこともあったので、お話を聞きながら、その時その時のタイミングだとか言い方とかアプローチの仕方だとかあると思うので、またテーマ②の中でも話が聞けたらと思う。

包括

先ほどの終活・エンディングノートのことだが、サロンで終活について話したりとか、そこにエンディングノートを持って行くということを昨年していたが、最初に終活について話をしたいとサロンの方に伝えると、「高齢者の方・死を前にした人に、そういった終活の話はしてほしくない」と言われたが、「そういうことではなくて」ということで話をさせていただいた。去年エンディングノートも配ったが、今年またもう一回『人生会議』というテーマも含めて終活の話をする、去年よりは意外とスムーズに受け入れられたし、「去年はエンディングノートを書けなかったが今年を書いてみようと思う」という意見も聞いた。少しずつ浸透していくのかなと感じている。

テーマ② 語ろう：意思決定支援の経験談

司会

テーマ②に入りたい。さきほど支援について話をさせていただいたが、人生会議の中で、こうすればよかったとかこうしたかったのといった後悔も含めて、意思決定の経験談を看取りの場面に限らず聞かせていただきたい。

医療ソーシャルワーカー

意思決定の場面に立ち会う時は、病院・医療に関わるのは何かしらの転換期であることが多い。医師もよく言うが、家族や本人は揺らぐのが当たり前なので、その都度考え方が変化すると言うことに寄り添うことがすごく大切で、よく急性期の先生とかが仰る「最初にもうしないと決めていたのに」というような言い方は、当院ではしないように心がけている。

「しなくていいよ」と言っていた方が、その場面になったら、「呼吸器付けてほしい」とか「心臓マッサージをできるだけ続けてほしい」と言う家族もいるので、ご本人もいるので、それを否定するのではなくて、気持ちに寄り添うと言うことはすごく大切かなと思う。

だから最初から書類等にチェック(記入)させて決めて、「ここはこうだったから」と言うのではなくて、その場面その場面でやっぱり、エンディングノートに書いてもらったりはするが、やはりもう一度、説明と同意が必要かなと思う。

司会

入院したときにエンディングノートを書いてもらうことはあるのか。

医療ソーシャルワーカー

高齢の方とかも入院する時は状態が悪いことが多いので、エンディングノートを書ける状態にはほとんどが無い。そういう方がこの前居たので、書かしてみようかなと思ってお渡ししてみたが、結構量も多いし書く内容も細くなるのでなかなか難しく、一緒に聴き取りながらお話ししながら書くと言うのも、病院では時間が限られてくるのでなかなか難しく、ピンポイントに絞って、「最期どこで過ごしたいか？とか誰に連絡してほしいとか、ここはこうするか」ということしかできなくて、エンディングノートに書かれていることを全部埋めていくことは難しいと思った。

司会

エンディングノートが病院で活用されているとは知らなかった。びっくりした。

訪問看護師

ターミナルの人が在宅に帰ってきて、というお話が多いと思うが、最近は比較的若いターミナルの方を受けることが多くて、やっぱりそういう方は自分の今後がどうなっていくのかというのをご自身が知っているの、その場合にエンディングノートを活用させていただいて、「こういうがあるので、最初から全部埋めていなくていいから、少し内容を見てみませんか」という声掛けを何例かさせてもらった。実際に書いたかどうかのチェックはしないが、「こういうことを考えておくと、伝えておくといいよ」という体で、特に若い方にはエンディングノートを使ってもらっている。

あとは、心不全とかがん以外の方については、行った時にどうしたいかというのを、なるべくうちの職員には意図的に聞きなさいと言っている。何度も変わっていいから、どういう治療をしたいのかとか、体調の良いときしか聞けないこともあるので、本当に悪くなってから、「あなた悪くなったら病院に行きたいですか」と聞くのは酷なので、もし悪くなったとしたらどうしてみたい というような事を「今日はそこだけ聞こうね」と、何度も繰り返し、行った都度ではないが、訊く時間をつくって聞きましょう というようなことをうちの職員には言って、なるべくしてもらうようにしている。

司会

それは普通の一般の高齢者にもしているのか。

訪問看護師

認知症の人でもその時の意思は一応あるので、こういうのはいやだとか、病院に行ったら注射は好かんのではないとか、お薬はなるべく飲みたくないとかいう意思がある。それをそのまま生かせるわけではないが、本人の意思は「本人の意思だから聞こうね」といって、大事にするようにはしている。

司会

毎回は難しい、嫌がられるでしょうけど、タイミングは…？

訪問看護師

タイミングとその時の本人の表情とか雰囲気、で、「今日なら話せそうかな」という時になるべく、よく行く顔見知りの看護師が訊く、というのを基本としている。

介護支援専門員・管理栄養士

経験談としては、ターミナルで、「安定したので病院から帰りたい」というときは全力投球で支援して、1週間しかいられない場合もあるが、すべてを揃えて診られるようにできるだけ支援している。ターミナルになると最終的に呼吸がしにくくなったり、痛みがあったりすると救急に行ってしまうというケースも多く、自宅で最期までの見るといのがなかなか難しい。それでもコロナの時期で一度病院に入院すると帰れない家族も会えないという中で、居宅療養の医師に来てもらったり、訪看さんに来てもらったり、ヘルパーさんに手伝ってもらったりして支えているというのが、今の現状。

司会

エンディングノートに触れたことはありますか。

介護支援専門員・管理栄養士

エンディングノートはないが、終活の一環で、自分の周りを見渡した時に、家に人が居ない状態で(不要となった)いろんな物がいっぱいあったら、今のうちに整理することを勧めている。そうすると爽やかになったり気持ちがよくなったりするので、「周りの物から整理、処分していきましょう」というような事は常々言うようにはしている。

介護支援専門員

エンディングノートと一緒に開いたことはない。回収してチェックすることは勿論していないが大分市から配布してもらったものを配ったり、注意喚起も含めてだが、何かのきっかけにしてもらうというような使い方しかできていない。

エンディングノート以外の経験では、家族と本人のその時の意思決定が、最後まで揺れに揺れたケースがあった。在宅で看取るといことで自宅に帰ったが→やっぱり緩和ケアの病院に入院したい→入院した→その後また自宅で看取りたい、とか二転三転して、自宅に帰ってじゃあ看取り、という方向になっても、訪問診療医がもちろんついてきているが、痛くなったり気分が悪くなったりするとやっぱり救急車を呼んでしまう。救急病院に行って、また帰って来て、最終的には、自宅でゴールを迎えられた。『そういう経過を経ながら、段々と家族もそこで覚悟がすわっていく』という印象を受けた。

もうひとつは、今コロナ禍の状況で入院してしまうとなかなか家族と面会できないというところで、「連れて帰りたいんだけど」というキーパーソンの思いがあるが、なかなか決めきれないケース。気持ちが揺れるというのも勿論あるが、自分の近い友人だとか身内の方(その中には経験者の方、医療従事者の方とかがいる)からのいろんな意見や情報が、キーパーソンである奥さんの中に詰まって情報過多になってしまって、さらに揺れてしまったところがあった。登場人物も多くなり過ぎてこの方の場合、最終的に看取りは病院となったが、お亡くなりになった後奥さんとも話したが、「やっぱり決めきれなかった」というところと、「最終的には夫と一緒に過ごす時

間が 1 時間でも 2 時間でもあれば自分自身としては逃げられたのではと思えるが、その時には気付かなかった」というのが、重い言葉だなと思った。

有料 施設長（介護士）

エンディングノートはあるが、余り使わない。利用者に選択肢が少なくなっているということも含めて、「何かやりたいことはないのか？」という方向で話している。入居の時、契約の際に、「急変時はどうしますか」と訊くが、それはあくまで入居の段階で、その時その時で家族が来た時に入居者の状況を看護の方から説明し、「今後どうしますか」と逐一聞いているが、最初とはだいぶ違ってきている。最後の方になるとやっぱり家族も何かしてあげたいという気持ちが強くなって、もう「挿管しないでいい。自然で」と言っていたのに「挿管してください、救急車を呼んでください」と言う方もいた。

司会

ありがとうございます。良い意見が聞けたと思う。他の方がどうしているのかなと、自分自身がそこに触れたことがなかったのも。皆さん自身のことを、人生会議として最期を決めたことであるのかな、と本当は時間があれば聞きたかったが。人にする前にまず、（神戸大学制作の ACP の冊子）ステップ 1 とか 5 を、まず自分自身がしてみるのがいいのかなと感じた。（行政へ質問）何かありますか？

大分市 長寿福祉課

私も父を自宅で看取った経験があるが、うちとしては、遺された家族というか『家族へのフォロー』を先生方や訪看さんにすくしていただいたことがとても印象に残っている。だから、家族への対応というところも、本人の人生会議もそうだが、すごく大事なところだと思う。

司会

ありがとうございました。

2グループ

テーマ① 加わろう：私たち専門職ができること

司会

まずは各専門職に、介入や支援のタイミングについて伺いたい。

薬剤師

基本的には、調剤薬局は薬しか置いていないイメージがあるが、衛生材料・ケガした時のケアの材料・介護用品なども取り扱っている。普段置いていないので要発注にはなるが、身体機能が低下していく上で、薬以外にも基本的なものが薬局でも手に入ることをお伝えしたい。

専門職ができることとなると、この事例でいくと末期がんということで麻薬を鎮痛で使用していくと思うが、麻薬も誤解している方が多い。中毒性・依存性があると皆さん言われるが使用方法をきちんと守ればそういうことは起こらないということ、痛みを抑えることの重要性や薬の特徴を説明して麻薬に対する誤解を解いていただき、便秘・傾眠・吐き気などに対する副作用ケアにも対処薬があることを伝えたい。

訪問看護師

事例は、毎日入浴のサービスを行っていたところから考えると、がん末期の診断がついて、高カロリーの点滴になって、訪問看護が介入してというところで医療保険に切り替えて、毎日訪問できるようになっていたら、もっとケアができたのではないかと思った。介護保険を利用している方が医療保険に切り替えられることは結構知らない方が多い。私も 4 月に異動してきて経験としては浅いが、『医療保険に切り替えるとういうメリットがある、毎日訪問ができる』ことを知らない方が多いと痛感したので、事例から考えても、もう少し訪問看護として介入できる回数など詳しい説明をできたら、家族のケア・援助にもつなげられたのではないかと強く思った。

訪問看護的にも在宅での看取りがすごく増えてきている現実があり、中でも多職種連携というのはすごく大切。薬局から話があったが麻薬(の使用)に対しても看護師からの説明では限度があるので、こういうところで上手く連携ができればと思う。事例では“最期苦しくて病院で”という形にはなったが、在宅での看取りについて可能な限り伝えながら、在宅での良い看取りができればなと最近思っている。

理学療法士

事例に関しては介護保険を持っていたと仮定として、利用していただければ、通所リハビリテーションはほぼ毎月少なくとも月一回は自宅に行くので、本人の思いは計画書に落とし込み易いし合意形成があった上で目標が決まっていくので、聴き取りを他の職

種と合同で行うとやり易かったのかなと思う。身体機能が低下していくところでは、リハビリ職が介入することで、必要な身体機能については幾分低下は防げるのではないかな。

家族が疾患を患って要支援の認定が下りたということだが、通所リハビリテーションは本人のケアはもちろん、レスパイトケアという面で家族へのアプローチも含めて総合的に行う。「介助が辛くなった」と記載があるが、身体機能だけではなく、家族に介助方法の指導もできる。事例では環境が整っているので、一番良いのは要支援の出た家族もサービスを利用していただいて、本人との時間も確保しつつ、より動作の指導ができたのではないかなと思う。

勘違いされるのは通所リハビリテーションはリハビリだけではなく、がん患者の利用も多い。看護師も配置しており医師との距離も近いので、あらゆる支援やアプローチが行い易い。

介護支援専門員 A

がん患者は症状の進行が早く週単位で身体機能の変化があり、それに伴い家族の負担も変わってくる。変わった時に対処できるように、いろんなサービスの提案や説明をあらかじめしておいて、いざという時が来た時に「慌てずに、家族が支援を続けられるように」ということを考えている。ケアマネジャーの知識だけでは支援はできないので、専門職の方々がおっしゃったように各専門職から助言をいただくために、本人の状況を説明しながら情報を仕入れて、それを適切な時期に家族へ伝えるということが一番の役割かなと思う。

介護支援専門員 B

がん末期の方は症状の進行も早く、短期間で機能も低下していくので、あらかじめそこを見据えた支援を考える。ターミナルの方であれば訪問診療医、訪問看護師等の医療職の方が前面に立ってくることが多いが、この事例の場合はケアマネジャーの立ち位置が後方に下がっているように感じた。

本日参加されていないが、福祉用具専門員との連携も必要不可欠と思う。最初動ける時に普通のマットを入れていると、動けなくなった時エアマットに交換するのがすごく大変だったという経験もある。動けるうちからエアマットや特殊寝台(3 モーター)の導入を検討するなど、福祉用具専門員との連携も必要になってくる部分かなと思う。

多職種協働で支援にあたっていくことが、在宅での看取りであったり、本人家族の希望叶えるところに繋がるのかなと思う。

介護支援専門員 C

がんの方は症状の進行が早いので、早い段階から関わりは持たせてもらって、自宅療養が始まった頃から早めに特殊寝台、福祉用具、エアマット等を導入している。以前、2モーターベッドを入れた後で急激に悪くなり動けなくなって、ベッドを入れ替えた。その際 非常に大変で、本人にも負担をかけてしまったので、早い段階で重度になることを見越しての動きをしないといけないと感じた。看護師がおっしゃったように、訪問看護が早く医療保険の方に切り替わっていたら、ヘルパーやその他のサービスも導入できたのではないかなと思う。リハビリの方が介入していれば、トイレに行くことが大変であれば車いすを使用しての移動であったり、本人が嫌でなければポータブルトイレの使用であったり、福祉用具の使い方等も指導もできたのではないかなと思う。

大分市健康保健室 保健師

私どもは直接、地域の方に関わることは少なくなってきていて、現在は若い母子などを中心に関わっている。

健康保健室は予防的観点から見るので、この方がこの状態になるまでに、がん検診を受けてくれてなかったのが気になった。もしこうなる前に検診を受けてもらっていたら、予後が良かったのではないかな。

がんを患っている若い母親が(遺される)子どものことを心配して、「自分は余命を告げられているのに、これからどうしたら良いか」等の相談を訪問先で受けることがあるので、そういう時には同じような境遇にある方、点と点、線で結べるというのが保健師の強みであると思うので、同じように悩んでいる方が一緒に話せる(ピアサポートの)ような機会を作ることもある。

テーマ② 語ろう：意思決定支援の経験談

薬剤師

痛み止めとして使う麻薬は、弱い順からではなく、痛みが強い方には最初から強い麻薬を使用していく。先程、患者に麻薬のことを丁寧に説明すると話したが、がんの痛みや、それがどれくらい和らぐかは僕らにはわからない、わかるのは患者本人だけ。そこで、麻薬を受け入れてくれた患者本人に、的確な痛みの強さを確認することによって、痛みの強さ、段階に応じた麻薬を適切に処方することができたという経験がある。

胃がんということで最初の方は飲めていても、段々、嚥下、胃腸の機能は弱くなっていくと思う。最後まで、せめて「服薬の手助けができれば」という思いで、そういう症状に応じて薬の剤形➡・飲み薬から貼り薬に替えたり、・突発痛(レスキュー)の時には飲み薬ではなく座薬を使用する等、選択肢があるということ、患者にお示したことも何回もあった。

訪問看護師

意思決定の支援はすごく難しいところがある。実際に経験したこととしては、今年の8月に自宅で自分の父親を看取った。

事例の通りがんの末期で、「入院したら孫に会えないので」とずっと本人も言っていたので、私の自宅に連れてきて看取りを行った。訪問医にお願いしながら家で腹水を抜いたり最後はすごく大変だったが、本人と「最期はどうしたいか、どこで亡くなりたいか、痛みはどうしたいか」等をすごく話をしてきたつもりだったが進行が早かったため、最後あつという間に意識を失ってしまった。意思決定、最期どう思っていたのかを聞けなかったのは残念だったが、周りの人から、「最期自宅で看取れてよかったね」「よく頑張りました」と

医師、ケアマネジャーから言われるとすごく遣り甲斐があったな、と今では思えるが、自分が経験した中では「ああ、これでよかったのかな…本当にこれでよかったのかな…？」という振り返りの方が辛かったところはある。

それを今、看取りを覚悟して自宅に連れて帰ったが、こんなに症状が変わるといふ事に追いついていかない家族がすごく多い。自分の経験を踏まえた上で、一緒に寄り添い、声掛けができるようになったのは自分の強みになったのかなと思うが、今後、このような事例が増えてくるのではないかと思う。

痛みにしても、福祉用具にしても（父親は最後まで動けており要支援状態で、福祉用具に介護保険サービスを使えなかったので、すべて実費でベッドやポータブルトイレを用意した）その時の状態変化が早過ぎて、ケアマネジャーにも救われたところが多かったので、『すべてが、多職種連携ができていたからこそ 在宅で看取れたんだな』と思ったので、自分の経験した中で利用者にも伝えていけるのではと思う。

理学療法士

小さいもので言えば日々利用者との意思決定はあったりするが、がんの方に絞って思い出してみると、今であつたらそこまで悩まないだろうと思うことだが、事例のような重度の方と関わったことがある。

介入してまだ1ヶ月ほどの時に、春だったと思うが、患者本人の過去やその人らしさ・背景から、家族がぼろりと「一緒に公園に桜を見に行けたら」と言われた。本人はリクライニング式車いすを使用しており、話をするのも難しくなっていた。自身も経験が浅い時だったので、重度の方を外に連れ出すことに対して難しいと最初から諦めていて、どこまでのフォローできるのか、制度という壁に少し悩んでしまって時間を置いているうちに、状態が一気に悪化して亡くなられたケースがあった。

それをもとに当デイは休みの日でも医師に相談しながらやれることは早めにやる、スピード感を持ちながら且つ、リスク管理をしながらのアプローチを行っているが、その時の自分にできなかった事が悔やまれる。つい先日もがんで2名の方が亡くなったが、事前にやりたいことをうまく導けたという成功体験もあるので、失敗したことは次に上手くつなげられているのでは、と思う。

介護支援専門員 A

意思決定支援の経験談だが、今までがん患者の方、家族の支援を何人かしたことがあるが、前提として「最期は自宅で迎えたい」という意思があるが、家に帰って何がしたいかまでは明確ではなく、体調的にも難しいという方が多い。自分が担当したケースでは、「家で娘の作ったおいしい食事が食べたい」「もともと好きだった習字をしたい」「庭に植えている花を見たい」等、希望を言える方がいたので、家族と、訪問リハビリの介入をお願いして実現することができたことがあった。希望を言った時にどのサービスを使えば実現できるかというのを、家族・医師、各専門職と話を工夫しながらなんとか叶えていくのがケアマネジャーとしての調整の能力、仕事かなと思う。どんな無理そうなことでも内容を聴き取り、実現できる・できないはあるかと思うが、なんでも希望を言える関係性を作るといふことも大事なところかなと思う。

介護支援専門員 B

振り返ってみると看取りをした事例はあるが、担当した方では、明確に利用者本人が「ああしたい、こうしたい」といったことを伺う事は無かったかもしれない。病名を本人に告知していなかったりというケースもあるので、本人とは別室で、家族に最期どうしたいか等の意向は確認したりしていた。最終的に家で最期まで過ごせた方もいれば、入院になった方もいるが、いかに最後に意義ある時間として過ごせるかが、亡くなったあとの家族の満足度に繋がってくるのかなと思う。

別の事例で、全く身寄りが無く家族と疎遠で施設に入所されていた方になるが、唯一連絡が取れていた親族にも「もう関わりたくない」と言われ、本人も会話ができなくなってきて、いよいよその時に ACP のことで 施設・サービス事業所・医師と話し合い、元気の良い時に「本人が入院したくない」と言っていたことを、本人の意向ということを決めて支援をしたということがあった。

3グループ

テーマ① 加わろう：私たち専門職ができること

医師

医師という専門職の立場で話をしてみると、直接患者・家族から ACP が聞ける場合と、専門職などから間接的に情報として得る場合と2つのパターンがあると思っている。特に医師という立場は、意思決定の中で非常に難しい判断をする時に大事な役割だと思っている。

例えば診断がついて告知をする時、病状変化があったり病状説明をする時、日々の訪問診療・外来診療・入院中の診察の時に、患者家族から直接情報を得られることがある。形式ばった形で具体的に、「緩和医療や終末期をどう考えてますか？」と聞くこともあるだろうし、言葉の端々から「この人こういう考え方なんだな」と得られる時もあると思うので、そういったタイミングを大事にしながらいちいち情報共有できるように、できる限り、例えばカルテに記載したり、連携シートなどに記載したり、多職種と話をする機会に情報を共有するとか、そういったことが医師としてはまずできることなのかなとは思っている。

薬剤師

薬剤師の立場から介入するとなると、服薬支援が中心になってくるかと思う。実際に服薬支援をやみくもにしても、患者の希望に沿ったものにならない可能性が高い。まず一番最初に心得ていくことが、患者本人や家族の希望がどうあっているのかということを確認することからスタートするように心がけている。

今回の事例だと、「家族との時間を大切にしたい」ということをキーワードで話していた。服薬の管理を看護師がする場合もあるが、家族が管理しているケースもある。家族との時間を確保できるように、薬を家族管理で特に妻が管理している場合に、薬を準備して飲んでもらうというところに時間がとられてしまうと、せっかく一緒にいる時間が充実した時間にならない可能性もあるので、「家族の負担になってないか？」「飲みにくい剤型はないか？」「苦痛になっていないか？」などを本人と家族の話を聞きながら、一番いい形の服薬支援ができればなと思っている。

一番最初に家族と話をし、その結果をもとに、服薬支援の方法をよりよい形にしていくことを心がけている。

理学療法士

理学療法というよりリハビリ職としてこの事例にも関わったとしたらと考えた場合、身体機能が低下してくるのは必然的に起き得ることである。リハビリと言うとどうしても回復を目指していくというイメージがあると思うが、リハビリの世界でも“老いていくリハビリテーション”というのがあって、ターミナルケア期の人達がその時その時のステージにあった目標設定をして、反映していくという形がある。特に痛みの緩和ということもできたり、個別リハの中でその人の話に傾聴していくことで心のケアをしていくことも求められるのかなと思う。

その中で、この事例の人が何か楽しみをもって生きていたのかということが文中に無かったので、「どうことが好きだったのかな？」と。限られた行動範囲になってくると思うが、座れるとその人の世界はすごく変わってくる。寝ているとベッド上で天井や白い景色しか見ないが、座れるだけでも人と視線をあわせて話せたり、座れて耐久性があれば、もしかすれば外に出ていく、外の空気が吸える。その人の尊厳のあるリハビリテーションが私たちができることかなと思う。

そういった視点でその人だけに支援するのではなく、妻の介護負担軽減を考えても、例えばこの男性がすごく大柄であれば、環境調整とかのアドバイスというもできる。

こういったターミナル期の人では「先々目的も回復もないので、サービス、支援もやめましょう」という意見が出てくる場合もあるが、こういう最後に、老いていくリハビリテーションという言葉があるように、その人のペースにあった関わり方というのができることかなと思う。「死にたい」という言葉がさっき出ていたが、死にたいということはその人はいろいろ先が見えているのかもしれないが、死にたいというのではなく、まだ「今が楽しい」という、その日その日の楽しみを見つける関わり方をする。

いろんな支援の仕方、理学療法だけではできないけど、さっきの座れたらできることは多くなるので、そこらへんを家族と一緒に話して、「どんなことがしたいかな」とか、本人の意思がなくても過去の写真とかいろんなところを見て、「こんなことしたら喜ぶかな？」というアプローチは、最後の最後まで、ベッド上でもできるかなと思っている。

精神保健福祉士

この事例に関して全体を通して見た時に、実際どこにでもあるというか特に何か大きな問題があったとかそういった事例ではないのかなと思う。この事例では、本人に関して、支援している家族の時間を大切にしてきたということだけ、実際に出てくるのが妻だけで、他の家族、例えば子供や本人の兄弟が、どこまで本人に関わってきたのかということが気になった。

妻だけにいろんな介護負担がかかって、結局妻も体を悪くしてという形になってしまっているみたいだけど、他の家族が何かしらの形で関わっていく、自分はこれをするとという役割分担みたいな形で支援できれば、もう少し違った形になった可能性があるのかなと思う。

ただ家族といってもいろんな考え方の人がいると思うので、本人の最期を考える時に、家族だからというだけで、今まで関わりが薄かった人まで入ってくると全体としてのまとまりがなくなってくる、自分はこう思うという形で收拾がつかなくなってしまうという可能性もあると思う。実際に本人に関わっていく中で、家族の範囲、専門職の範囲をどこまでの範囲と決めてやっていくことが重要になってくるのかな、その状態が変わってきた時に、こういう方向性でいこうと考えておく必要もあるのかなと感じた。

介護支援専門員

自分達の業務でも介護保険のサービスを導入する際に、事前に本人と家族を交えた小さな会議が行われていて、本人らしい生き方の選択についても、意思決定の確認の場になっているのかなと思っている。人生会議も、きっかけさえあればと思っている、そのきっかけを作っていくのも自分達の役割ではないか。本人だけではなく家族との関わりも多い仕事なので、さりげなく家族にインターネット上にある人生会議やエンディングノートなどの情報提供を行ったり、何かしらうまく話題を出していくことはできるのかなと感じている。

事例については、本人をささえる妻の介護負担が大きいのかなという印象で、妻が相談できる相手、そういう人がいたのかな？とすごく気になった。

包括（社会福祉士）

在宅の人の支援をしていく中で、要介護の人を担当するケアマネと比べて要支援の人が多いため、元気な人ばかりである。いろんなサービスを提案している中で、本人が元気になるように頑張っているところに、悪くなった時のことばかりを訊くと本人の気持ちも

たぶん嫌だろうし、自分達も訊きにくい。最近は人生会議ということが少しだけ PR されてきたので知っている人や、先ほど出たエンディングノートという存在が広まってきている。何かの時のために、エンディングノートを見て、書いてもらうだけでもすごく整理ができる。元気なうちに一度見てもらって、整理をしたらと思って声掛けをすることが前よりも増えてきている。包括としても、情報提供や「こういうものがありますよ」ということを、元気なうちから知ってもらいたいと思う。

テーマ② 語ろう：意思決定支援の経験談

医師

自分の父が亡くなって 10 年以上経つ。自分が医師になって 3~4 年目の頃に肝臓がんがわかって、余命が 5 年、生存率が 10%以下と言われた。本人が恐がりだったので、告知は最期までしなかった。残念ながら本人の ACP も聞いていない。母と家族・兄弟で話をし、「お父さんは、告知をされると多分落ち込んでしまうし、死にたいとか言ってしまうかもしれない。(話しても)病状に良いことは無いだろう。」と家族全員の総意で、最期まで知らずに逝った。

大事なことは、恐怖や苦痛を取り除くということは、本人の死に対する恐怖から救ってあげること。そこを大事にしようと思って、最期まで徹した。在宅医療という形では最期みれなかったが、自分の働いている病院で、信頼できる医師と自分の 2 人で主治医になって、定期的に母にインフォームドコンセントをした。母も一般人なので、「これからどうなるんだろう」「余命はあと何か月なんだろう」ということもきちんと定期的に話をしながら、最後は個室で 1~2 ヶ月過ごした。時々外出などしながら、好きなものや食べたいものを食べさせてあげたり、最後は「ここは家かのう？」と話していたのが印象的だった。自分の父を最期まで、家族の理想に近い形で看取ることができた経験がある。

自分の家族の死という経験から、患者や家族への関わり方はすべてケースバイケースだと思うがきちんとそこに寄り添って、理想に近い形でステージをつかってあげる、場面を整えてあげることが大事なかなと思っている。そういうのを意識して仕事をしよう、医師として関わっていこうと思っている。

薬剤師

個人的にあまり無いが、1 つ後悔というか「これでよかったかな…」という経験が在宅であった。夫と二人暮らしの末期がんの女性患者と関わった時のこと。本人の人柄がすごく良いこともあり本人とはすごくコミュニケーションを密にとってフォローはしっかりできていたが、後で考えた時に、話をしなかった訳ではないが夫のフォローや夫の希望をうまく拾い上げてなかったと後悔した。本人だけでなく家族にも、「大変なことは無かったですか?」「辛いことは無いですか?」というお話しができれば良かったなと後悔しているところがある。

理学療法士

パターンが違うが、通所リハに通っていて、食べられなくなってしまう、胃瘻を造設すればリハビリに通えたであろう人の話。家族から「自分の母に、胃ろうはあけたくない」という意思表示があった。かなりいろんな職種から声をかけてもらい、「胃ろうをしても元気に社会に参加している人もいますよ」と伝えたが、結局最後まで「胃ろうをあけない」という選択をした人がいた。たまたま最後は当院に来て、直前まで家族が手を握りながら看取ることができたが、亡くなった後に家族に聞くと、「あの時に、胃ろうをしておけば良かったかなあ」と後悔の言葉が聞かれてびっくりした。亡くなった後もかなり揺れ動くんだろうなという予想はしていたけど、あれだけ話して…。娘には、「(本人は認知症で理解できない状態だったので) 本人の意図をくんで決めたことだったので、それはそれで良かったんじゃないですか。それより最期家族に会えないんじゃないかと、(コロナ禍でも)病院の中に家族が入れたので、最期まで手を握りながら亡くなられたのは、良い選択だったのではないですか」という言葉かけをした。

別の例で、要支援で、急遽ターミナルで亡くなった人(民踊の先生)がいた。デイケアの中のいきいきチャレンジで、『チキリンばやしの踊りを出す(大分市観光課の動画募集企画に応募すること)』を目標設定していた。別の病院に入院していたので、「2 月に踊りを出すので頑張ろう」とエールを送って取り組んでいたが、それが叶わずに亡くなった。亡くなった後に、家族から、「亡くなったけど、この目標は残しておいていいですか?」と言われた。家族と職員との関係性の中で、「娘さんが本人の気持ちを汲んでやってほしいということなら、それは続けていいんじゃないのか」ということで、亡くなったのが急だったので本人の決定ではなかったが、デイケアのみんなでチキリンばやしを踊って動画を投稿 [instagram #おおいだチキリンばやし] することができれば、亡くなった後でも魂は生きていけると思うので、仏前に「目標は達成しましたよ」という報告ができれば、違った意味でのその人の意図、それまでの関係者の中の意図を汲んだ支援になるのではないかと思った。

いろんなパターンはあるが、最期まで寄り添いたいというのはある。

精神保健福祉士

意思決定支援に関しての経験したことでは、ひとつめは、高齢者の胃ろう造設に関してになる。当院は精神科になるが、高齢で入院してきた当初から、暴れて手に負えないというような方の入院等を頻繁に受けることがある。そういった人が入院になる時に、医師が、胃ろうが必要になったらどうするか? 最期はどうするか? というような話を積極的に、入院当初から意向確認している。

90 代の方で、当初は本人が暴れて手に負えなかったということもあり、家族も胃ろうについて「そんなことはしなくていい」と。「本人もこういう性格だし、以前から家族も胃ろうを造設して苦労したこともあるから、絶対にしなくていい」と言われた例もある。

入院治療を行っていく中で本人の容態が悪くなっていて、実際に胃ろうが必要になるかなというタイミングで、家族に改めて意向を確認する。その時に、「当院が精神科の病院なので、経管栄養、経鼻栄養、IVH、そういう専門的な栄養管理等はできない。

可能性があるとするれば胃ろうですよ」という話と、「胃ろうの造設を希望しない時は、点滴のみの対応となっていくので本人は痩せていったりする」という説明を時間をかけて家族にするが、その時点で「本人が希望しなかったことだから、しなくていい」「人間は自然にそうなるから、痩せていっても仕方ない」というような話を家族がする。しかし実際に、本人が食べられなくなって点滴だけになって痩せていったりすると、家族が面会に来た時に、「あの時はそう言ったけど、やっぱりこんなになったら可哀そうだ。胃ろうを造ってほしい」と希望する人が、結構な頻度でいたりするなあというのは感じている。

本人が以前は希望しないと聞いていたところを、家族の希望で実際には胃ろうを造設していく方向にはなっていくが、そういったところをもうちょっと、なんとかできることは無いのかなあというのは常々感じている。

高齢者以外で、障がい者や若い人の入院治療を行っているところにはなるので、そういった人の意思決定支援ということ言えば、当院では状態の悪い人というのは自己主張も強かったりもする。「ここから退院したい、出してくれ」と言う。しかし逆に在宅生活が可能じゃないかなあという人はそういったところは希望してこない、「ここにずっといたい」というふうな事を言われる方が多くなって来る。

実際に関わった事例で言うと、その当時 50 代だったと思うが、平成の時代から当院に 30 年以上入院していた方の例。大きなトラブルもなく服薬管理も自身でできる人だったので「在宅生活ができるのではないかと話をしていたが、「ここにいたい」と断固として退院を希望しなかった。仲が良い若い人が退院して行って、そういった人に「グループホームでの生活を一緒にやっとうよ」と声をかけてもらったら、あれだけ意固地に退院しないと書いていた人が、「じゃあ、残りの人生まだまだ長いし、自分もグループホームに入って生活しようと思います」と言われたので、意思決定を援助できたのかなと。今でもその方はグループホームで生活を続けているので、結果、良かったのかなと思う。

介護支援専門員

自分の母を看取った経験がある。病名としては悪性リンパ腫、余命 5 年だった。本当にそのとおり 5 年間を終えた感じだったが、その間ほぼ治療を繰り返していた。

(時間となって途中で終了)