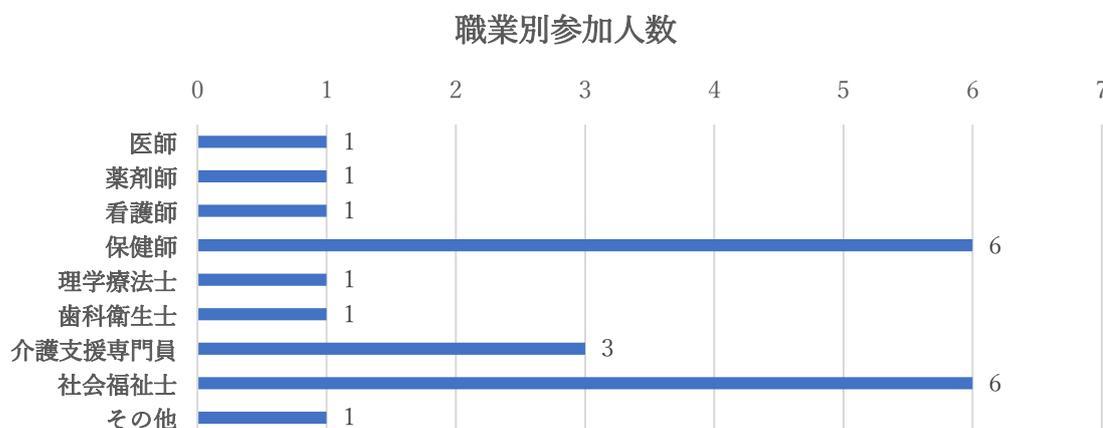


## 第6回明野圏域地域連携検討会 報告書

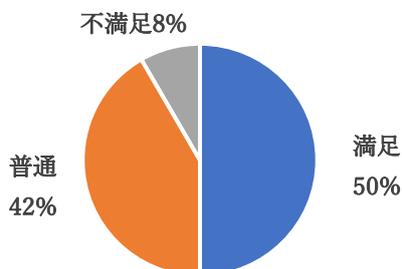
- 1 日 時 令和2年11月20日（金）18：30～19：30
- 2 参加方法 Zoom ミーティング
- 3 内 容 (1) ACPについて説明  
明野地域包括支援センター センター長 齋藤卓也氏  
(2) グループワーク  
明野圏域の医療・介護連携について  
「ACPにおける意思決定支援のタイミングとは」

### 4 参加者数（21名）の内訳



### 5 アンケート集計結果（回答者13名）

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



- ・他職種の方の具体的な事例を聴くことができてよかった。（介護支援専門員）
- ・内容は良かったですが、Zoomなので意見交換は難しかったのではと。（薬剤師）
- ・参加者が少なかったですね。（医師）
- ・皆さんの考え方がわかって参考になりました（保健師）
- ・ACPについて、多機関での取り組み等を知る事を通して、自分自身で考える良い機会となったため（保健師）

- ・はじめてのオンライン会議だったので、進める事に困惑した。(介護支援専門員)
- ・困難事例を通じての対応方法を知れたのが良かったです。(社会福祉士)
- ・自分が経験したことのないケースの話を知ることができて勉強になりました。(社会福祉士)
- ・発表する人がかたよってしまい、活発なディスカッションに発展しなかった。(看護師)
- ・各事業所等の貴重な経験等を学べて大変勉強になりました。(保健師)
- ・業務の中で高齢者と関わる機会が少ない(健康教育依頼があれば関わりますが)ため、この会で明野の実状や ACP の難しさについて知ることができて良かった。

## 問2. グループワークについて

- ・コロナ禍での ACP における意思決定支援。(介護支援専門員)
- ・職種の方の意見がもっと聞きたかったです。(薬剤師)
- ・ファシリの方の進め方がよかったです。(保健師)
- ・Zoom の使用方法で精一杯でしたが、やってみて良かったです。(社会福祉士)
- ・最期のときについては、倫理的、宗教的な面があると考えてるので、そのあたりもしっかり勉強しなければと感じました。(社会福祉士)
- ・何に困っているのか(看護師)
- ・ACP 導入のタイミングに関しては、どの機関も模索されている所なのだと感じました。(保健師)
- ・地域住民への ACP の普及・啓発について、どんな内容を行い、どんな反応があるか、こんな場でも啓発できると良いなど、もう少し詳しくお聞きしたかったです。(保健師)

## 問3. 明野圏域の医療・介護連携について

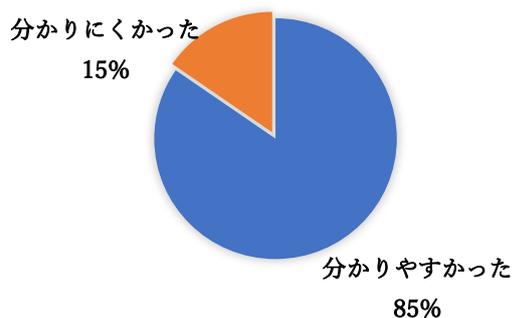
- ・団地内のひとり暮らし。経済困難者の支援。(介護支援専門員)
- ・少しずつ連携されてきてると思います。(薬剤師)
- ・独居者が増える地区とは知りませんでした。(医師)
- ・顔の分かる関係づくり。(保健師)
- ・独居もしくは高齢者世帯のキーパーソンが県外にいる。または、いない場合の支援や、ACP のすすめ方などについて。(社会福祉士)
- ・独居で身寄りのない方、且つ、判断能力の著しく低下した方への意思決定支援。(保健師)
- ・うまく連携はとれていると感じている(介護支援専門員)
- ・明野圏域だけではないのですが、感染症対策について(コロナ)、圏域内で問題を解決していきたいです。(社会福祉士)
- ・コロナの影響で閉じこもりの高齢者が増えていそう。(社会福祉士)
- ・特にありません。(看護師)
- ・独居高齢者を地域でどのように支えていくか。(保健師)

## 問4. 医療介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

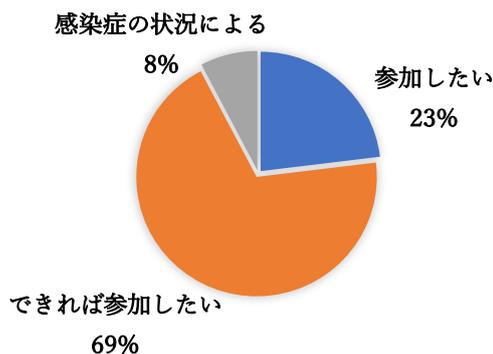
- ・連携する際、円滑に進めるためには、どのように動けばよいのか場面ごとに検討したい。(保健師)
- ・感染症(コロナ)対策についてテーマに挙げてほしいです。(社会福祉士)
- ・ACP の具体的な行い方。①ケースを用いて考察する。②多職種倫理観を知るためケースの倫理考察する等。(看護師)
- ・認知症、フレイル、介護予防(保健師)

## 問5.Zoom 検討会について

5-1 ZOOM検討会参加方法



5-2 今後のZOOM検討会参加について



## 問6.その他、ご意見ご感想

- ・ 音声が入らずご迷惑をおかけしました。(薬剤師)
- ・ 貴重なお時間を頂き、ありがとうございました。(保健師)
- ・ 機械操作が苦手なため、他の方に動いて頂いてようやく参加できたという次第です。(保健師)
- ・ 開催時間は日中を希望します。(介護支援専門員)
- ・ 運営側の方々のご尽力に感謝いたします。(社会福祉士)
- ・ Zoom は便利ですが、やはり対面の方が良いような気がします。今後も Zoom がメインになっていくのでしょうか？(社会福祉士)
- ・ 介護福祉士の方の参加があるとよいと感じました。(看護師)
- ・ まだ経験が浅く発言もできませんでしたが、大変勉強になりました。ありがとうございました。(保健師)

## 6 ACPについて説明

### 明野地域包括支援センター センター長 齋藤卓也氏

ACP、アドバンスケアプランニング、愛称として人生会議ということは1年くらい前から言われてきており、皆さんご承知と思いますのでその辺は省かせていただきます。

私が地域包括支援センターにちょうど1年前に入りまして今年の4月からセンター長になって地域をまわっているうちに、やはり一人暮らしの身寄りのない高齢者の方とかいらっちゃって、実際にその人達は人生について、在宅で最後を迎えたいという方が圧倒的に多く、もちろん一人暮らしで身寄りのない方がほとんどです。そういった方がどうやって将来自分がどういう風に過ごすのか、ということをきっちり私たちが理解した上で進めていきたいと思っています。ほんとうにACPについて私達がきっちり理解して本人さん、利用者さん、クライアントの方にきちっと教えていただくことによって、最終的に安心して地域の中で過ごしていけるような地域包括ケアシステムがやっていけるのではないかと考えています。今日は勉強の機会を在宅医療介護連携支援センターの方からいただいたことを改めてありがたいと思っています。では進めていきたいかなと思いますのでよろしく願いいたします。

## 7 グループワーク協議内容

### ④ACPについてどのように普及啓発を行っているのか。

#### 介護支援専門員

- ・独居の方に対してだけなのですが、大まかにしか提案はしていない。最終的には独居の方なので、そういう時がきたら施設をさがしてくれとか、そういうレベルの話しかできていない。

#### 医療ソーシャルワーカー

- ・なかなか考える機会が少なく、退院支援といっても看取る機会が少なく、訪問看護さんとかにお任せしていることが多い。なかなかタイミングが難しい。施設にするのか、在宅で最後を迎えるのか。人生で残された時間で選択をしていることが精いっぱいなので、皆さんどういったタイミングがいいのか逆に教えていただきたい、逆に病院としてどのようなことができるのか、ご提案とかいただけると大変助かる。

#### 保健師（包括）

- ・包括ではサロン等で終活についてテーマをあげたときにACPについてふれたり、大分市が作成しているエンディングノートを説明し、それを配って、日頃から考えておいてほしいと普及啓発している。

#### 保健師（保健所）

- ・大分市保健所の方では健康教室などで終活をテーマにすることもある。これまでACPについて取り上げて話す機会はあまりなかったので、グループワークで色々勉強させていただければと思う。

#### 医師

- ・啓蒙というところかというと、対象者が色々あるが、市民のであれば、依頼があればそこに出かけて行く。当院として取り組んでいるのは、当院の寺子屋塾があり、そこで介護職中心に、ACP含めてお話する機会をもらっている。
- ・若手医師、学生が大分大学医学部からくるので（3年生と5年生）、ACPを含めた話をしている。
- ・個人的な学習の場としては、NHKスペシャルであったり、学会でいうと老年医学会、それから在宅医学会、そういうところで取り組まれた内容を聞いたり、セミナーに出たりとそういう形で勉強したりしている。

#### 看護師

- ・啓発活動に関しては、地域の方々にも啓発する必要がある。ACPをサポートする医療従事者、ケアマネジャー、将来を担う大学生にも（啓発必要）というところもあるので、大学に講師に行った時に話をすることもある。
- ・看護協会もターミナルの研修だとか、ケアマネジャーであれば更新研修で看取りの研修があるので、権利擁護を観点にしながら、倫理的にも意識をした関りが出来るというところで講義をすることで啓発を行っている。地域の方々に関しては、出前講座だとか、個別の相談業務でお伝えをしている。
- ・タイミングとしては、ステーションご利用の介入時に1回と、日々の実践の中で小さなACPも含めれば、ACPの繰り返しかなと思う。

#### 司会（明野地域包括支援センター）

- ・今年の8月から明野圏域で、1人暮らしの方2名孤独死にあったエピソードをお伝えしようと思う。1人は8月だが、介護事業所から連絡があって、ご主人が施設に入居しているが最近奥さんの姿をみていないのでどうなっているのだろうかと問合わせがあった。包括でその方の緊急連絡先の長男さんの連絡先を把握していたので、12時30分に息子さんに連絡、息子さんより「話を大きくしたくないので、自分が連絡をとって、母親に連絡がつかない時だけ包括へ折り返し連絡をいれる」とのことだった。15時に息子さんより、「母親と連絡がつかないので見に行ってもほしい」と包括へ連絡があった。15時20分に自宅へ行く（心配であったので明

野交番の方と一緒に訪問)。外灯がついており、新聞が2日くらいたまっていて。その場で長男に電話し、交番の方と電話を変わり、窓を割って入ってよいとの許可を得て家の中へ入ると(その後合流した刑事と交番の方と一緒に)、硬直がはじまっており、死後2日たっていた母親がいた。

- ・10月に入ってからのケース(訪問看護ステーション介入していたケース)。9月末くらいから主治医の循環器の先生より連絡いただき、自院の患者だがかなりの病気をもっておりいつ亡くなってもおかしくない方なのでどこか施設をさがして入るようにしてほしい、本人を説得してほしいとの依頼あり。自宅に伺うと本人は施設に入るのはどうしても嫌だ、訪問看護だったら良いとのことで、訪問看護ステーションに介入を依頼した。本人はどうしても在宅で最後まで過ごしたいと言っていたので、家族の方に連絡し亡くなっても2日か3日後にしか見つからないですよと話していた。家族の方より本人がそれで良ければいいとのことだった。10月8日に訪問看護ステーションから連絡があり、14時に訪問看護がはいる予定だったが、自宅に行った時にいなかった、電話はなるが本人は出なかったとのことで、時間をあけて16時に再度本人宅に伺ったところ、やはり電話はなるけど本人は出てこない。娘さんに連絡したところ、近くにいたのですぐに本人宅に行ってくれた。鍵は開けられたがチェーンがかかっていたので、交番に電話してきてもらい、チェーンを切って玄関を開け中に入ると本人は亡くなっていた。
- ・明野地区自体が昭和43年に、新日鉄が出来たときに1万人規模の方が、北海道の方や姫路の方、愛知の方などが来ている。約1万人の民族大移動があっている地域。他の日本全国にこういう市町村はないとのこと。これから一人暮らしの方が急速に増えてくると予測されるので、それをふまえて再度ACPの内容を話していきたい。

## ②意思決定についてどのようにしているか。

### 医療ソーシャルワーカー

- ・当院ではACPという言葉が出る事はあまりないが、ターミナルケアについては院内でマニュアルを作成している。

当院の基本的な方針としては急性期の治療とリハビリテーションを提供することを目的としているということで、ターミナル期の患者さんは、よその療養の病院であったり、在宅であったりということを選択してもらっている。

この在宅部分がもともと介入していた患者さんとか、入院した後に状態が悪化して転院が出来ない患者さんについては、院内で看取りをしていこうということで、ターミナルケアの開始時期というのもマニュアルの中で定めている。その時期というのは、入院後の検査や治療経過等において、一般的に認められている医学的知見に基づき回復が見込めない状況、またはガンのターミナル期と医師が判断した時とさせてもらっている。ドクターがそのように判断した時にICを設定して、ご家族やご本人にお話しをさせてもらっているが、その時に参考にしているのが、人生の最終段階における医療、ケアの決定プロセス、看取りに対する指針に従ってとしている。

配布資料の3番のところにあるガイドライン・ACPの概念が盛り込まれた内容になっているとのことだったので、当院としては医師がターミナルと判断した時にそのガイドラインに基づいて、ご家族とご本人にどういったかたちで最期を迎えるのが良いのかを話し合うように、マニュアルとしては定めている状況。

### 保健師(行政)

- ・長寿福祉課の方ではエンディングノートを作成している。高齢者の方が早い段階から自分がどう生きたいのか、どういう人生を過ごしたいのか、それをエンディングノートに書き記して、そこで自分の意思決定や自分の生き方を見つめなおしたり、また自分の希望を、家族や他の方に伝える手段でエンディングノートを使っていたらという思いがある。
- ・導入のタイミングは、本人が自分のこれからについて考えたいと思った時がそのタイミングな

のかなと思う。

#### 社会福祉士（包括）

- ・本人の意思決定支援は、先ほど他の方もおっしゃったように、サロンでの普及啓発活動を行ったり、個人的にはケアマネジメント業務をしている時に、アセスメントの一環として、これから最期どこで暮らしたいか？うちが良いか？施設がよいか？などざっくりはじめていき、少しずつためいただきやすいように声かけしている。
- ・現場としての課題としては、1人暮らしで身寄りのない方や近所に友人がいない方は1人で悩んでしまう、また、認知機能の低下がある方は、本人の意思がぶれやすい時にそこをどう支えていくのが課題かなと感じている。

#### 介護支援専門員

- ・ACPの普及啓発はなかなかできてないが、ケアマネジメントをするにあたって信頼関係ができてから最期をどうするのか？と話していくのかなと、時間がかかることなのかなと考えている。

#### 司会（明野地域包括支援センター）

- ・自分たちは初期介入がほとんど。以前居宅介護支援事業所で業務していたこともあるが、なかなか本人と人間関係を築く前にACPとか人生観とか・・・。ACPを進めるにあたって関係が薄い感じがしてなかなか言い表せないのが、なるべく訪問看護が入った時に進めてもらっている（関りが上手なので）。関わりが薄いなかで人生観など引き出すことが難しい、訪問看護の方はどのようにその辺を引き出しているのか？

#### 看護師

- ・初めての訪問先ではこの先どのように過ごしたいのかと聞かれても、皆さんピンとこないと思う。聞く者（看護師、介護支援専門員など）が変わっても一緒だと思う。
- ・世代的に今の80代の方々は、自分の人生について内観するとか哲学的に思考するだとか、医療を含め自分の意思で選択するということが今まで経験がないので、そこを突如聞かれても、「あんた何難しいこと聞きよんのかえ・・・」と言われることは訪問看護でもある。なので、自分達が気をつけているのは、日常の中で（支援に）入っていきながら・・・。  
例えば、肺炎を繰り返す83歳男性がいるが、点滴1つにしてもメリットとデメリットを伝えて、その上でどうしたいか？を何度も何度も繰り返して話すようにしている。その繰り返しの中で、自分の事は自分で決めていい、こうやって聞いてくれると言っていい、ということに気づいてくる。こうした繰り返しをするようになると、自ら「こうしたい、ああしたい」と話してくれるようになる。1日にしてならず、と思っている。

### ③ACPの意思決定の支援のタイミングについて、工夫していること。

#### 介護支援専門員

- ・不審死のような感じで亡くなった男性がいる。施設に入所されていてADLは全介助であったが、どうしても家に帰りたと言い、家族が根付きて、1週間だけ家に帰り1人で暮らすことになった。家族は再々様子を見に行っていた。  
ある夜間トイレに一人で行っており、トイレから戻る途中で倒れていて亡くなっていた。夜遅くに訪問した息子さんが発見して警察に連絡した。  
その方は私が施設入所を調整した。本人はずっと在宅希望であり、主治医からも在宅では難しいと常々本人には話していたが、本人がどうしても聞かなくて。1週間の一時帰宅の間に訪問看護とかデイケア、ヘルパーステーションを組み合わせ、なんとか在宅生活を送れるようにサービスを調整していた時に亡くなった。  
本人がどうしても在宅で生活したい、自宅以最期を迎えたいと希望しても、多かれ少なかれ家族の影響は出てくる。面倒をみるという関係性ではない家族であっても本人の在宅生活に反対する。その為に在宅生活を送れないという方が数名いる。本人の最期を決める意思があっても、

周囲の影響があるし、我々も家族の意思を申し訳ないが尊重する方向にある。

看護師

- ・介護支援専門員へ質問。家族が在宅生活を反対する背景にはなにがあるのか？

介護支援専門員

- ・夜突然電話があり今から来てくれと言われるのではないかと心配している様であった。実際そんなことはなかったが、その方が状態の良い時には訪問看護が介入しており、緊急時訪問看護体制をとり連絡がとれるようにしていた。家族へ連絡するようなことはなかったが、ふいに負担をかけられることがあるのでは？と思い、嫌がっているようであった。

看護師

- ・それぞれ複雑で、世間体だとか警察が関わることに抵抗を感じるだとか色々な理由があると思うが。やはり一人で亡くなっているかもしれないということを、家族にも覚悟と理解を。支援する側も覚悟と理解と合意がないとなかなかハードルが高いのかなと感じる。

介護支援専門員

- ・この方に関しては、我々も主治医も最後は根負けのような形で何とかするしかない・・・という話をしていて矢先に亡くなってしまった。結局、決着はついていないが…。

齋藤センター長

- ・障がい者の場合は、自己決定支援・意思決定支援というのが大きく言われている。高齢者の場合は家族の意見に振り回されて、本人が自宅で最期を迎えたいというのに、施設に入ってほしい、困るから、心配だから、迷惑だからというところを言われて施設に入所するケースが結構ある。

本人の意向や価値観を家族とどう共有できるか、どうしたら本人の意思決定をつなげるかというところが課題だと思う。この辺をうまくアプローチした事例があれば教えていただきたい。

医師

- ・うまくいった事例はあまりない。

在宅の方にはガンの方、非ガンの方、大きく区切るとしたらそこが1つある。

次に認知症をもっているかもっていないか。

当クリニック患者は多くの方が認知症。どうしても本人の意向は過去の意向になる。

先ほどの話でいくと、当クリニックの場合は非ガンの方が多くて超高齢者が多くて、ほとんどが施設の方で・・・こうなってくると、今ここで話しているもの、皆さんが経験しているACPとは違うものになってくる。

クリニックとしては、最初に関わるスタートラインのところでは本人の意向確認をするが、今言ったように認知症になっている方がほとんどである。なので、家族に切り出すタイミングとしては、急変死しそうな場面を想定したプレゼンをする。それに対して、どういうアプローチをしたらよいかという問いかけをするときに、どんなに死に対して抵抗がある方でも受入れてくれる話題である。そこを最初にお話しして、その話にのってくる家族には、本人の意向はどうなのかとか、胃瘻のところまで一気に話をもっていく。

うまくいかないのは、まだ健康な状態で認知症にもなっていない、本人の意向をまず優先しないといけないというケースに関しては僕も困っている。

94歳男性で一人暮らしで周りに友人しかいなかったケースが1年ほど前にあった。訪問看護からもなかなかアプローチしづらかった事例。その友人も本人の意向を聞いていなかった。生活が成り立つか成り立たないかも怪しい感じであった。心不全あり。この人をどこまで診るかという話になった時に、在宅で診続けるか、病気を治すことを優先するかとなって。最後、本人が苦しいといったところで病院入院を選択した。病院になってしまった背景は、一人暮らしの方に対して十分な情報収集が成り立っていなかった。

この事例に関しては、医療的な情報があまり入ってこなかったもので、治療も後手にまわっていたというのも反省にある。

多職種連携でどれだけその方の情報を1つにまとめ上げておくかということが、いろんなタイミングであるとか、ACP、本人の意向に沿ってあげるところに行きつく。やはり多職種連携って大事だなと、その事例は強く思ったケースだった。

- ・医師の立場でいうと、本当に ACP をしないといけない時というのはその場面になった時になってしまう。むしろ皆さんの方が、宗教観だとか人生観だとかを聞きやすいのだと思う。
- ・お墓の話をやってみたことがあるが、あまり結びつかなかった。きっかけが上手くいかなかった。皆さんの方がその辺得意だと思う。

#### 保健師（包括）

- ・皆さんの日頃の活動の内容を聞いて、普及啓発も、こちらもまだまだ進んでいない部分もある。導入のタイミングについても、それぞれ個性があるところもあり難しいと感じた。
- ・私達は、介護予防ケアマネジメント部門というところで、その中で ACP を意識しながら関わっていかなくてはならないなと思った。

#### 医療ソーシャルワーカー

- ・この仕事に入って間がないのでそういった場面に遭遇することがなかったが、皆さんのお話を聞いて、そういう場面に会った時にはその方の意思を尊重できればいいなと考えている。

#### 理学療法士

- ・以前訪問看護ステーションで理学療法士として患者さんを担当していた時に、ALS の患者さんで、ご自宅で最期までと言う方がおり、在宅での生活が継続できるようにと看護師と協力して介入していた。

その方が、「家の中に閉じこもってしまうのが一番苦しい、外に出ていきたい」とのことで、外出支援と言うか、訪問の時間を少し多く設けて、本人が海沿いでお酒を飲みたいと言われたので、QOL を満たす点で<うみたまご>まで車で送迎した。そういうところで、本人の生きがいを支えたという経験をした。