

令和5年度 野津原圏域地域連携検討会 報告書

1 日 時 令和5年11月29日(水) 18:30~20:00

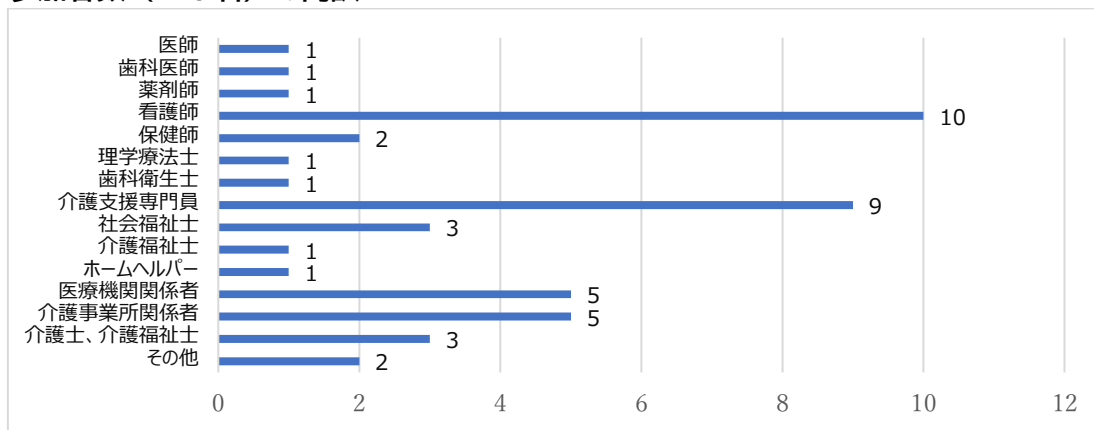
2 参加方法 野津原支所 大ホール

3 内 容 ①ミニ講話：「在宅での終末期医療について」

のつはる診療所 院長 阿南勝宏 先生

②意見交換「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）本人・家族の意向に沿った支援を考える」

4 参加者数（46名）の内訳

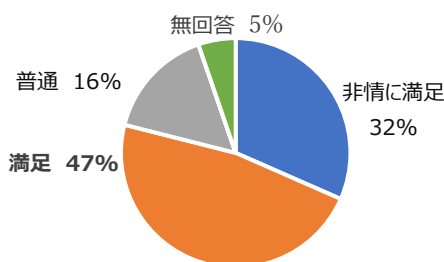


5 アンケート集計（アンケート回答数 19名）

1.本日の地域連携検討会はいかがでしたか？

問 1-(1) 満足度をお尋ねします。（いずれか一つに○を付けてください。）

非常に満足	6	31.6%
満足	9	47.4%
普通	3	15.8%
不満	0	0.0%
非常に不満	0	0.0%
無回答	1	5.3%
合計	19	100%



問 1-(2) 今回の地域連携検討会のテーマ、規模（大在包括圏域単独または他圏域との合同）、その他開催方法について、ご意見があればお聞かせください。

【ホームヘルパー】

・事例を活用して判りやすく、自身の体験したことを思い出しました。今までターミナルケアの利用者様を 20 名以上、体験したのですが事例のように事例のようにうまくいかないことが多かったと思います。

【介護支援専門員】

・地域連携を図る為の ACP 検討は、医療介護連携は非常に重要であり今回の研修は有効であったと思う。規模についても良い。他圏域との合同開催であれば、隣接圏域との合同開催を希望。開催方法は可能な限り対面による集合開催を希望。

・テーマや規模は今回の形で良いと思います。(顔を合わせることで関係構築を図る機会になって良いと思う)

・テーマ、規模とも良かったと思います。

【生活相談員】

・事例検討会のテーマが具体的で、各職種の立場で考えることが出来たのでよかったですと思います。ACP は身近な話題として今後は取り組むことだと思いました。顔の見える関係づくりはとても良いことだと感じました。

・初めて参加させていただきました。まだ意見を言う立場にはないので次回までに事例を集めることができればと考えます。

【薬剤師】

・テーマ、規模に関しては特にありません。開催方法に関しては集合+zoom のハイブリッドでも良いと思います。

【介護福祉士】

・ACP について知りませんでした、少しわかりました。ありがとうございました。

問 1-(3) 本日の地域連携検討会に参加して、新たに、あるいは改めて気付いたことや今後の業務の参考になったことがあれば、お聞かせください。

【薬剤師】

- ・ACPという概念に拘らずに常時に終活の一環として投げかける必要があると感じ（本人の意志、家族の意志を確認する上で）ました。

【看護師】

- ・入院後、時期を見てカンファレンスを行い情報交換が必要と思った。

【ホームヘルパー】

- ・医療の方々のお話が大変参考になりました。

【介護支援専門員】

- ・阿南先生、のつはる診療所の方たちが野津原の医療を支えてくださっていると改めて感じる事ができた。・ACPをもっと気軽に感じてもらえるよう我々ケアマネジャーが発信していく必要があると感じた。EOL（エンド オブ ライフ）についても常に意識していく必要がある。
- ・生きていの中で、いつどうなるか先が見えないことに対して目を向けていき人生設計をしないといけないと感じました。（良いきっかけになった）業務面ではエンディングノートを初回時や見直し時に本人・家族、支援関係者で相互に共有できるといいかと思ったので使ってみたいと思う。
- ・ターミナルケアにおける先を見据えた調整の重要性を再認識することができました。

【生活相談員】

- ・入所時の契約で説明してサインをいただくことはしているが ACP にお理解を実際にしているのか？（本人・家族・施設）考えるきっかけになりました。
- ・他の職種の方々の意見を聞いて現場に活かしていこうと思いました。

問 2. 今後の連携検討会で、どのようなテーマを希望しますか？ できれば、その理由もお聞かせください。

【薬剤師】

- ・症例紹介と意見交換会が別ワークになっている感じがしましたので、症例をベースにしたの症例検討会にしたほうが理解が深まるのではないかと。

【ホームヘルパー】

- ・病院に通院されている方の課題について（1人では受診が困難な方）移動手段・付き添い・薬の受け取りの3つにすごく時間がかかる。介護保険サービスでは対応できない。実費支援で付添いをする事がありますが費用が高額になる。

【介護支援専門員】

- ・医療介護連携において現在どのような部分で連携ができていない、情報として不足している点、こういった情報はありがたい等、双方で意見を交換し合い今後の連携を密にできればと思う。
- ・住民・自治会の方も参加してもらえるテーマでの意見交換できるものをお願いします。理由：「地域連携」とあるので専門職のみならず地域課題を解決するような場がほしいから。

【理学療法士】

- ・歯科・口腔機能ケア。歯科受診ができない人も多く、地域でできる口腔ケアの連携を図りたい。

【生活相談員】

- ・実際にACPを行うにはどうするか？どのタイミングで、どのような職種の人がどこに集まれば可能なのか？実際に機能させないと意味がないから。

問 3. 日々の業務の中で、多職種連携について感じていることをお聞かせください。（困っていること、上手くいっていること、他の職種に対する要望、自分たちで取り組んで行きたいことなど何でも結構です。）

【薬剤師】

- ・人材交流をもっと地域間で出来ると、災害時などの緊急時対応が事業所内外で連携強化になると思います。

【ホームヘルパー】

- ・現状はケアマネジャーが中心に進めているので問題はないと思います。

【介護支援専門員】

- ・ケアマネは来年度から「適切なケアマネジメント手法」が法定研修に導入予定。アセスメントやモニタリングにおいて他職種連携が重要となってくる。利用者の情報収集においては専門職からの聞き取りが多くなっていくため、その点の理解・協力を求めていく。
- ・医療側（特にSW）から振り回されている感があり連携のしづらさを感じる（忙しいのは分かるが）。今回のテーマ（ACP）の考え方を当てはめるのならば、1～3歩先を読んで余裕ある態度を示してほしい。

【生活相談員】

- ・今現在では難しい。

6 意見交換会

困りごとを参加者で共有しましょう

実際に支援を行う際に、本人・家族の意向という部分で困ることをお聞かせください。

医師

- ・介護保険申請のタイミング、区分変更のタイミングが、がん患者だと支援が間に合わない理由として、医師の仕事に時間がかかっている部分もある。主治医意見書は介護保険認定には非常に重要な書類ではあるが、大きな病院で仕事をしている医師にとっては書きにくい書類である。皆さんには余裕を持って先を見越して動いていただければと思います。

司会

- ・介護保険申請やサービス導入のタイミングは躊躇する部分がある。断定のプランなどでは介護側も動けない部分もあります。方向性が決まってから介護が介入していくことが多いと思いますが、医療側との連携、情報共有で問題に思うことはないですか？

デイサービス

- ・担当者会議で、本人・家族の意向を受けたくうえでサービス提供をしていますが、問題となっているのが状態が悪くなっていく利用者。トイレに行って何分も経たないうちにまたトイレに行く、認知面が低下しているのが分かる。今トイレに行ったからと言って利用者を止めるわけにもいかない、そのことを本人・家族にどのように説明するのが課題。訪問診療時に医師に状況をお伝えして、認知面の低下に対してのアドバイスを求め薬で対応していただくことが多いと思いますが、家族にはご自宅での親御さんの印象が強いため、私たちから直接ありのままを伝えるわけにはいかない。このような場合に皆さんがどのように対応しているのかお聞きたい。

司会

- ・自宅であれば家族もありのままを受け止められるが、施設入所されているために現状を伝えても理解していただけない場合にどのようにしたらよいか。入院されている場合にも同じようなことがあるのではないかと思いますのご意見はありませんか？

看護師

- ・私も母が認知症のため家族としてはつらい思いをします。でも家族は事実を伝えてほしいと思うと思います。どの施設も大変な思いをしてサポートをしておられると思いますが、人員のこともありますので、家族に来てもらい現実を一緒に見てもらい現実を知っていただいています。施設は限られた人数で行っているのより病院より大変だと思いますが、一つ一つ積み上げて信頼性など家族との関係性を作っていくことが必要だと思います。私も何年か経験する中で、利用者との関係性だけでは仕方なく、家族との関係性を作り同時進行で利用者との関係を作っていくのがいいと思う。

司会

- ・ご家族に理解していただけるよう施設でも、方法を探りながら対応していただければと思います。

介護支援専門員

- ・本人・家族の意向に食い違が発生する。家で生活したいが介護力がない。例えば、老々介護で奥様は在宅での介護は難しいという状況で、本人・家族の意向が合わない場合が難しいと感じています。つい先日もお二人暮らしの利用者で入院を機にターミナルケアに入り要介護5が出た方、ACPについては繰り返しお元気な時から行っており、家族も含めての会議も繰り返し行っていたため、施設での看取りの方向は利用者も納得されている。大分市のエンディングノートもあるので、初回訪問時にこういうものもあると一言添えてお渡ししています。

司会

- ・ACPについては、介護側からすると医師に旗振りをしてほしいと思っているかたもいらっしゃると思います。医師がACPをするタイミングなど教えていただけますか？

医師

- ・大事な問題で、ACPは悪くなった時にどのようにするのかということとを皆で情報共有することだと思います。入所する際に救命処置を望む・望まないという意思表示をしていただく用紙に記入していただく施設があります。今日参加の施設はエンディングノートを参考に話をしているということですが、その他の施設ではそこまでの話はしていないという印象です。私自身が入所時にご家族とも会って話が出来るというのですが会えなかつたりして話ができない。その時に何が問題かという、夜間急に状態が悪くなった時に看護師が不在で介護士しかいなかった場合、パニックになると思います。ACPの打ち合わせができていなければ救急車を呼ぶしかありませんが、100歳を超えてどう見ても老衰という方でも救急車を呼んだからには心臓マッサージを行い場合によっては挿管するかもしれませんが、救急病院に搬送されます。認知症だけで体は元気という方でも悪くなった時にどこまで希望されるのかという話は医師からでなくてもいいと思います。ACPについてなのでケアマネジャーなど関わる方全ての方が話をしていると思います。

司会

- ・ケアマネジャーから本人の意向を共有したいという話があれば受けてくださいますか？

医師

- ・僕であれば、大丈夫です。

訪問看護師

- ・意思決定について訪問看護では、契約時に必ず本人が話のできる状態であれば、最終的な段階まで自宅を希望されるのか、入院を希望されるのかを確認しています。気持ちが変わっていくことがあるので絶対にそれに従わなければいけないわけではなく、変更になってもよいということは必ず本人・家族に伝えています。気持ちの変化がある場合にはその都度、医師に相談し「看取り」についての段取りをとらせていただいている。それによって家族との連携、信頼関係が築けていけば急変してもその時の状態で先生にお願いしたりする。急変時の対応で訪問看護師が行けないこともありますし、医師対応できない場合もあるので、その対応についてもそれまでに話し合いをしている。契約時に今後どのようにする

のか意思決定を訪問看護はしています。

司会

・ケアマネジャーや地域包括支援センターは、話をしても踏み込んだ話ができている部分もありますが、本人・家族の思いをエンディングノートなどを活用しながら、もしもの時の気持ちを聞かせてもらうこともできるのではないかと思います。

司会

・昨年度の話の時に、終末期の方のところに行くことはないとおっしゃっていましたが、これから終末期の方に関わる際の先生の思いがあれば聞かせていただきたい。

歯科医師

・肺がんのステージ4の方の入れ歯の調整に行きました。昔から知っている方で、見た感じはお元気で認知もない方でした。家族からはステージ4で抗がん剤治療だけですだけ聞きましたが、私の立場から余命など根掘り葉掘りは聞くことはできなかった。

司会

・状況が分からない、余命が分からないなど先が見えないという部分がある。そこを皆さんで共有できると支援の方法も変わってくるのではないかと思います。連携の課題となっている部分だとも思います。

通所リハ

・当施設の通所リハビリは他の施設に比べると、介護度の低い方が多いと思います。今回終末期について話のできたので、今後は重度の方も受け入れてケアマネジャーや訪問看護師とも協力し、自分らしく最期を迎えられる取り組み等が出来ればと思います。パワー不足もありますが、少しでも地域で過ごしたい方を支えることができればと思います。

訪問看護師

・医師の初回訪問時にケアマネジャーも同行されることも多いかと思えます。その時の医師の話の内容で、余命についてははっきりと言っていないでも余命について触れているかと思えますので、後で余命について伺うことができると思えます。院長は家族によく話をされるので、すぐに信頼を得ており「先生が」という方が多く、先生に伺うと余命についても具体的に話していただけます。そうすると必要となるものや病状などが分かってくるかと思えますので一緒に出席していただければいいかと思えます。

・看護師が付帯しないと来ていただけないというところもあるので私たちも課題として、ケアマネジャーや関わる方に情報としてお伝えすることが必要と思えます。必ず医師の訪問時には訪問看護はつくようにはしていますので一緒にお話を聞いていただきたいと思った時には声掛けをしていきたいと思えますのでよろしくお願ひします。

司会

・声をかけていただくと、私たちとしても本人・患者が分からない中で介護側もできることを知っていただける機会になり、相談先としていらんなところがあるという安心感という部分でお役に立てるのではないかと思いますので声をかけていただければと思います。医師からも声をかけていただければと思います。

薬剤師

・現在、在宅の方に手が回っていないのが現状です。今回、終末期において施設や居宅介護支援事業所がどのようなことをしているのかが分かりました。

・関わっていない立場からACPを考えた時にいつから始めるのか、何度もACPを行うとありますが何回ぐらい行っているのかという疑問があります。1年ぐらいで何回ぐらい行っているなどありましたら伺いたい。

施設長

・入居の際に、このような場合にどこまでの医療を望みますかということをお本人・家族に記入して入居をしていただけていますが、まだ本人・家族でどこまでの話をされておらず、記入時にどうしよう困っている方が大多数です。その状態で入居された場合、ご本人の状態が悪化し、本人に判断能力がない状態で、ご家族に聞き取りをさせていただくことになりまます。ACPのタイミングが大変だと思いました。

・娘さんから「以前、本人がこのように望んでいたかと思えます」と言っていたので医師にお伝えして治療をおこなった。最後の3日間は娘さんが毎日来られており、最後は娘さんが顔を見て、午後眠るように息を引き取られた。こちらも精一杯させていただきましたが、入居されてしまうと、そういう話をする場面がないため、どうしていいかが問題だと感じました。

司会

・診療所の法人が共有ノートで入院時に確認しているようですのでタイミング的には入院時がうまくいくのかと思えます。ACPのきっかけは難しいと思えますので、ケアマネジャーから医師に入っていくように声をあげることも必要だと思えますし、医師からの声掛けをしていただくなどするためにも、お互いが日頃から関係性を持つことが重要かと思えます。

医師

・最近になってACPと言われ始めましたが、日本人は「縁起でもない話はやめて」と避けるところがあります。そうしていくと医療現場で困ることは多々あり、望んでいない人工呼吸器をされたりする問題もあるので悪くなった時にどうするのかというところは考えておいた方がいい。

・どのタイミングでというより、いつでも気楽に話ができる話題になるといいと思えます。一つの提案ですが、今日帰ったら配偶者の方、親御さん等ご家族に「悪くなったらどうする？」と聞いてみるのも一つの手だと思います。ちなみに私は嫁には人工呼吸器、胃ろうなどは絶対にしないと断っています。自分から発信するのも大事かと思えます。ACPは難しく考えず、もっと気楽に。医者や看護師がしなければならぬなどは全くありませんので、介護士やケアマネジャーがしているかと思えますので、もっと積極的にしていただければいいかと思えます。