

つなごう 話そう  
ケア de 研究会

## 第52回 ことう地域チームケア研究会を開催しました

◆開催日時：令和3年11月11日（木）18:30～20:30

◆参加者：103名（医療関係 48名、福祉関係36名、行政・その他 19名）



## 「看取り」について

ねらい

- ①人生の終末期・看取り期の支援の現状について多職種で共有し、理解を深める。
- ②専門職として、それぞれの立場で、またチームとして、終末期・看取り期の支援について考えることができる。
- ③他の職種の役割や立場・思いを認め合い、日々の支援でつながり合える関係性をつくる。

【話題提供1】

## 介護サービス事業所での終末期支援・看取り

医療と介護の連携

## 看護小規模多機能型居宅介護支援事業所での終末期の支援

「“自宅で最期まで”の思いをかなえる～その人らしく生きる～」 ナーシングホームすずらん

小規模多機能型居宅介護は、

\*施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行います。

## 事例紹介

看護小規模多機能型居宅介護は、

\*「通い」、「宿泊」、「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護と看護の一体的なサービスの提供を受けることができます。（厚生労働省『介護サービス公表システム』より「公表サービス内容」の説明文を引用）

\*省略して、「小多機（しょうたき）」「看多機（かんだき）」と表現されることもあります。

\*湖東地域には上記事業所が合わせて14か所あります。（ホームページ「在宅医療福祉情報の森」に事業所一覧を掲載中）

80代男性。夫婦二人暮らし。

疾患：膀胱がん・膀胱全摘・ストマ造設・認知機能の低下あり。

既往歴：心筋梗塞・高血圧・胃がん胃切除

介護状況：主介護者は妻。食事、毎日の入浴の見守り、パウチの交換対応。子の協力もあり。妻も病氣通院中  
<経過（抜粋）>

◆介護者の負担軽減のため、通いのサービスを利用。入浴、パウチ交換等の支援を行う。臨時で訪問看護の対応も有。

◆病状が徐々に悪化し、臥床時間が増え、褥瘡も発症。近医への車いすでの受診が難しくなる。

★今後について Dr・息子・妻・訪問看護師・ケアマネで面談を行う。

「定期的なステント交換のため病院受診は必要であるが、高齢でもあり、入院治療になると本人への負担は大きい」と Dr より説明がある。家族は「自宅で、最後は見てあげたい」と決断。定期通院していた病院から訪問診療をしてもらうことになる。

◆食事も入りづらくなり、歩行・座位保持も困難になる。通所サービスの利用を中止し、1日2回の訪問（介護・看護）に切り替えて、健康観察や服薬管理、保清、パウチ交換等を行う。

◆家族に見守られ自宅で逝去。スタッフと家族でエンゼルケアを行う。

## 支援をふりかえって思うこと ～生きることに焦点を当て、「死」を迎える人に寄り添う～

◆本人『最後まで自宅にいたい』家族『いつまでも一緒にいたい』、その気持ちを、皆が尊重することで、自宅での最期を支えることができた。

\*各専門職が、各々の役割を知り、患者（利用者）の日々の変化を共有し、家族の不安を和らげることができた。

\*主治医との連携は看護師が中心に、ケアマネはサービスの調整、本人に負担をかけない保清は介護福祉士が実施。

\*介護職も、ターミナル期のケアに参加することで、死にゆく人の意識レベルの変化を学ぶことができた。

◆「看護小規模多機能型居宅介護支援事業所」の強みを生かして寄り添い支えることができた。

\*本人・家族の思いに寄り添いながら、状態の変化を見守り、日々サービス内容を多職種（ケアマネ・看護師・介護福祉士・理学療法士等）で検討し支援できた。

☺「泊り」「通い」「訪問（介護・看護）」のサービスが同じ事業所のスタッフにより提供でき、連携（情報共有・相談・調整等）が

図りやすい。☺サービスの組み合わせを柔軟に対応できる。☺施設（泊り）での看取りにも、在宅での看取りにも対応できる 等。

## 住居型有料老人ホームでの終末期の支援(訪問看護師からの報告)

### 「多職種参加の人生会議・・・からの学び」

訪問看護ステーションふれんず

90歳代で住居型有料老人ホームに入居。入居前から訪問看護で内服管理や病状管理の支援を行っていた。徐々に食欲が低下し、臥床時間も増えるようになっていった。どう過ごしたいか、本人の思いを聞き、関係者と話し合いながら支援を行った。

#### もしもの時の「人生会議」

Q:「あなたが大切にしていることは何ですか？」

A:自分の家で死にたい→ここ(A ホーム)で死にたい(最期までここに居たい)⇒入院したくない

♡これまでの暮らし・自分らしい／人間関係を大切にしたい

Q:「あなたが信頼できる人は誰ですか？」

A:子ども、ケアマネ、訪問診療医、施設スタッフ、訪問看護師

Q:「信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？」

A:担当者会議開催

家族:本人の想いを受け、施設での看取りを希望

施設スタッフ:看取りへの不安、死と向き合うことへの恐さ

Q:「話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？」

A:それぞれの想いを確認。家族からも直接連絡あり、調整。話し合いが必要な内容は、メモに書いて、連絡・相談し合った。

#### 理想と現実のギャップへの対応

◆家族;コロナ禍で面会できず、毎朝テレビ電話で会話→亡くなる前日、面会できた。

◆施設;葛藤。看取りの経験が無い(スタッフの不安・恐怖心・夜間等の体制・他の利用者への影響心配)

→病状の共有化:①健康チェック(変化があれば看護師へ)②食事・水分量、排便・尿回数をカレンダーに記載

◆訪問診療医;状態の悪化により、本人が苦しくなれば、入院対応可能に。(家族は、本人の希望を大切にしたいと希望)→在宅診療科(病院)との調整

◆ケアマネ;介護度の変更・人生会議設定・施設との調整

◆訪問看護師;施設スタッフの不安の軽減

→いつでも(夜間の電話)連絡を受ける

→訪問回数を増やす

### 看取りを経験して ～本人の望みを明確化+話し合い ⇨ 穏やかな看取り～

- ◇家族:「病院へすぐ救急車で運ぶのではなく、本人の想いを受け入れ、寄り添い、“安楽死でなく、尊厳死”をしてもらえた」と。
- ◇施設:「精神的にしんどかった」と。(献身的に関わっておられた)
- ◇ケアマネ:コロナ禍であったが、施設で会議をさせてもらい、施設での看取りに必要な調整や話し合いができた。
- ◇訪問診療医:全身状態の変化に合わせて、訪問診療され、利用者や家族・施設スタッフの安心につながった。
- ◇訪問看護師:本人の想いや最期の希望を大切にされたご家族と出会い、寄り添えたことに感謝。

## 【話題提供2】

### 『ACP プロジェクト会議の取組報告』

湖東健康福祉事務所

「ACP プロジェクト会議」:(湖東地域人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発プロジェクト会議)

≪これまでの取組≫

平成 30 年 発足 啓発チラシ・ポスターの配布

令和 01 年 医療介護関係者向け意識調査の実施

ことう地域チームケア研究会にて寸劇実施

令和 02 年 ACP 実践研修会の開催/医療介護関係者向け意識調査結果に基づく課題整理/医療介護関係者共通支援ツールの作成

#### 医療介護関係者向け意識調査結果より(抜粋)

【ACP の認知度】

ACP を「よく知っている」「知っている」は、全体で約 3 割。

「国のガイドラインを知らない」は、全体で約 7 割。

【本人との話し合い】

利用者、家族と医療、療養について「よく話をしている」「一応話をしている」割合は約 6 割。

【情報共有方法】

記録に残し、所属内で共有しているは全体で約 7 割、外部機関との共有は約 6 割。

#### 今後の取組の方向性

- ◆医療介護関係者向け共通支援ツールを、各機関で活用し ACP を実践。
- ◆ACP やガイドラインの周知のための各施設での研修会の開催。
- ◆出てきた課題の集約、課題解決に向けての取組み。

多職種で、チームで、取り組んでいきましょう!

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

### もしものための

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約 70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの進めかた(例)

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度も繰り返し考え、話し合ってみましょう。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報提供と説明がなされることが重要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/sunya/00001\\_1ryou/1ryou/saigyaku\\_1ryou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/sunya/00001_1ryou/1ryou/saigyaku_1ryou/index.html)

湖東地域ACPプロジェクト会議(事務局:湖東健康福祉事務所)



# グループ交流会・全体会



話題提供を受けて12のグループに分かれて意見交換を行い、その後、全体で情報を共有しました。

- ☆終末期支援・看取りについて日頃思うこと、事例を通して感じたこと
- ☆それぞれの職種でできること、大切にしたい視点
- ☆ACP の取組、多職種の連携について …等々

- ◆「地域住民に対してACPの普及啓発活動をしている。老人会で84歳の人にACPの話をしたら、自分にはまだ早いと言われた。今は、若い人60代の自治会などでその話をするようにしているが、心の中にどう入っていくか悩むことも多い。家族、本人にどう関わっていったのか具体的に知りたい。」
- ◆「本人の意思も大事だが、周囲の意思も大事だ。」
- ◆「夫婦2人で支えあい、家で看るといっしょかりした考えの方は多いと思う。そういう人には、ACPは必要ない。見守るだけでよいと思う。周りの人が多いと、流されてしまうことが多い。」

- ◆「早い段階で看取りの希望を聞いている(訪問看護師)」
- ◆「本人の気持ちをいつ・どこで聞き出すか。タイミングが難しい(介護支援専門員)」
- ◆「ケアマネさんから切り出し方が分からないという声も聞く。多職種間で情報共有をしながら、かかわれると良いと思う(保健師)」
- ◆「施設でも看取りを行っている。元気なうちから利用者さんがどう思っているのか感じ取ったり、家族からも聞き取ったりしている。意向を知っておくことで良い看取りができると思う。入所時に言葉でのコミュニケーションが難しい方もいる(施設職員)」



- ◆「家族は目の前の現状を理解することで精一杯。病院か自宅か迷った時に相談できる人、迷いに気づいてあげるのが必要だと思う。」
- ◆「終末期の不安が安心に変わるために関係者間の連携と適切な情報提供・共有が必要。本人、家族が迷った時、不安な時に、選択できるように情報を伝えられると良い」
- ◆「口のケアは大切。見なければわからない。そのために連携が必要(歯科衛生士)」
- ◆「亡くなる時の話をするのはタブーになっているが忌み嫌うことではない。社会全体で、皆で話し合うことができるようになると良い。」
- ◆「本人がどうしたいのか尊重していきたい。11月3日は看取りの日だ。誕生日とか、いろんな節目で、話題にし、本人に聞いていくことも必要かと思う。」
- ◆「思いに寄り添うためには、ご本人や家族のお話をしっかりと聴くことが大切ではないかと考えます。」
- ◆「専門職の研修(法人研修、企業内研修など)でより多くの専門職(多職種)にACPを知ってもらいたいと思う。」

- ◆「看取りの支援、何が正解なのかわからない。悩むことが多い。(介護支援専門員)」。
- ◆「経口摂取がいつまでいけるのか判断に迷いながらも、ご本人の意向や家族の意向、そして食べたい意思を尊重しながら、経口摂取を止める判断もしなければならないので、いつもこれでよかったのかと悩みながら支援を行っている(歯科衛生士)」
- ◆「終末期をむかえるにあたり薬をどこまで飲んでいいのか、どこまで必要なのか。不必要な薬を減らすことを勉強しないといけないと思う(薬剤師)」
- ◆「その人が自宅だと思っても、お一人暮らしなどでその思いを叶えることが難しい場合がある。環境にも左右されてしまう。(看護師)」
- ◆「本人の思いと家族の思いが違う時、どのように支援をしたらいいのか迷う。ジレンマを感じる。」
- ◆「本人の意志よりも支援者の希望を優先させてしまう(ターミナル期になってからの関りが多く本人の気持ちを知る機会がなかなか持ちにくい)」。

事例報告等での気づきやそれぞれの立場でのご経験から様々な思いをお聞きすることができました。

<望む暮らしを支えるために…必要な要素(課題)>

- ☆だれもが意識できるような啓発活動の必要性、工夫
- ☆意志決定支援
- ☆望む過ごし方支える体制づくり
- ☆多職種間の情報共有、連携の在り方 …等々



### 1. 「看護小規模多機能」と「サービス付き高齢者住宅」からの話題提供の感想や印象に残ったこと【看護師】

- ・病院で働いているので地域での看護(患者さん)の状況を知る機会となった。
- ・在宅で看取りができることに感激した。益々増えていく時代になったのでサービス事業者で支えていけるといいと思った。
- ・多職種で連携しながらより良い看取りをされていると感じた。看多機はやはり良いですね。サ高住での看取りはいかに施設の職員さんとの連携できるかだと思った。

#### 【介護支援専門員】

- ・ケアワーカーとして、サ高住の看取り経験(宿直時に死去)があるが、しっかりと連携できていたら可能と感じた。自身の経験からも松木先生が言われたように高齢者がおられる所はどこも看取りの場所になり得ると思う。
- ・看護小規模多機能は介護と医療が連携して同じ事業所で完結できるので素晴らしいと思った。サ高住での看取り事例を聞いて、本人が望めば特養の施設以外でも終末期のケアができることを知った。可能性をどんどん広げていきたいと思った。
- ・看多機という施設の特性上、柔軟な対応ができ、ご本人や家族をうまく支援されていると感じた。
- ・本人の思いに寄り添いたくさんの人が関わり、方向性を一つにすることが大切だと思った。
- ・看護小規模多機能では、自宅で看取りを希望された方にいろんなサービスや職種が関わっておられて、状態や希望に合わせてその都度対応され、サービスの変更をされており、サービスの業態として強みなのかと感じた。サ高住での看取りも施設スタッフや訪問診療医と連携して不安を抱えながらも「尊厳死ができた」とご家族から言っていただけということで、ACPを自分も取り入れられるようにしたいと感じた。訪問看護師の看取り期の役割が大きいこともいずれの事例でも感じている。

【介護職】 苦労したことや上手くいかなかったことも教えていただきたい。とても素晴らしい看取りだと思う。

【生活相談員】 在宅での看取りについては、医療系のサービスが必須である為、色々な苦労があると感じた。ただ誰もが最期は自宅や住み慣れた所で最期を迎えたいと思っていると思うので、今後今回の様なケースが増えてくると良いと思う。

【薬剤師】 ACPの聞き出しのタイミングや看取りによる尊厳死についてとても勉強させていただいた。

【不明】 本人の意思をうまく聞き出し、本人と共に人生をどのように過ごすかを考え支援されている事例に感銘を受け、自分も日頃の支援の中で生かすことができるのではないかと感じた。

### 2. ACPの取組やプロジェクト会議の取組の方向性についての意見、感想

#### 【介護職】

- ・ご意見の中で「いつのタイミングで・・・」という意見があったが、特養については、ほぼ入居される時点で方向性が決まってしまう場合がある。また、当のご本人様は松木先生がおっしゃったように、「家族に迷惑をかけない」ために施設での最期を覚悟されていたり、逆に望まれているかたもおられる。特養は終の棲家であると考えているので、こちらとしても施設に入ったらカゴの中の鳥にならないように最期までやりたいこと、できることを叶えて差し上げたいと考えている。
- ・看取りに関わる全ての人で共有できると良いと感じた。
- ・早い段階で行うこと、このプロジェクトの周知、具体的な方法のベースマニュアル化する。

【生活相談員】 ACPという言葉は知らなかったが、特養では入所時に家族へ看取りについての説明を行い、延命の有無や程度、最期をどこで迎えたいかなど聞き取り確認をしている。

#### 【介護支援専門員】

- ・必要なものと強く感じるが、ACPをするタイミングがいつすると良いか迷う。
- ・ACPプロジェクトの取組には以前から関心があり、今回の報告などを聞かせていただけて良かった。
- ・本人や家族が最後だと感じているか、または説明されていないとなかなか話をこちらから聞き出すことは難しいと感じた。
- ・契約の時点でうまく活用出来たらと思った。

#### 【看護師】

- ・連携や共有は大事だと思った。
- ・入院する前からACPで意見を聞いておけば万が一入院し、今後どうしていけばいいのかの材料になる。

【薬剤師】 今後薬剤師として関わっていきたい。

【不明】 ACP実践マニュアルを参考にしたい。

### 3. グループ交流会の感想・印象に残った話題・もう少し話したかった事等

【介護職】 結局多くの場合、家族の都合により決断される現実があるのでそれを本人主体にもっていくにはどんな風にする  
ばよいか。もっと事例を聞きたい。

#### 【介護支援専門員】

- ・病院勤務の方が延命等の選択になった際、どうしても家族や医師の想が強くなりがちになる為、意思を言える時から話し合っておくことが大事と言われたことが印象に残った。
- ・死の話をするのは悪いことではない、と話してくれたことで特別な事ではないのだと気づいた。
- ・終末期だからではなく普段からその方を大切に関わっていけたらと思う。これでよかったのかと思うことも、十分なサポートができなかったと思うこともあるが、本人や家族に寄り添いながら対応していけたらと思う。
- ・経験があまりなく意見らしい意見を出せなかった。
- ・亡くなられる前に義歯を作っておられた方について、没後の顔の印象が義歯があるなしで変わるとの話も聞き、自分にとってはあまり考えていなかったのが印象に残った。
- ・施設の方から「合わない義歯でも箱に入れてほしい」と望まれる家族が多いことを聞いた。
- ・看取り期の口腔ケア方法や訪問歯科はどのようなことをされるのか。

#### 【看護師】

- ・顔の見える関係づくりが大切だと思うが、病院のスタッフとなるとなかなか関係を作ることが難しい為、積極的にケアマネさんや訪問看護さんが来られた時には声をかけていくことが大切だと感じた。
- ・訪問歯科は湖東地域でどれくらい増えているのか。
- ・地域での在宅看取りの仕組みづくりをもっと確立して行ってほしい。高齢化社会で病院で看取るのは限界が出てくる。

【薬剤師】 施設における看取り ACP の早期導入が大切、タイミングが大切だと思った。

【管理者】 コロナ禍であるからこそその在宅での看取りがあるという話は興味深く思った。

【不明】 日頃意思決定を支援することはあるのでその中の一つとして ACP についても話題にできればと考える。

### 4. 本日の研究会全体についての意見・感想

#### 【介護職】

- ・一般市民にエンディングノートや終活、ACP の必要性＝重要性について気づいてもらうにはどうすればよいか、突破口を話し合い、見つけ出したいと思う。
- ・運営おつかれさまです。なかなか、web の環境が難しいと、せっかくの中身が聞き取れず残念ですね。
- ・グループワークでは、一人が多くを話すのではなく、みんなでディスカッションが進んだらよかったのかなと思う/もう少し時間があれば良かった。

#### 【介護支援専門員】

- ・介護の仕事をしてまだ間がないデイサービスの職員さんが参加されておられた。意見はまだ交わせなくても参加されているだけでもほのぼのと見えた。常連の参加者だけでなく新たな顔なじみになれると良いと思った。
- ・最初グループの進行役がわからずごちなかつたが、包括の方が司会をしてくださり意見交換は大変内容があり良かった。ZOOM にも慣れ、グループで自然と話すことができた。

【看護師】 リモートだったので話すタイミングが難しかった。

#### 【次回のご案内】 テーマ：「歯科・口腔・栄養について」

(担当世話人団体：彦根歯科医師会・滋賀県歯科衛生士会・湖東食と栄養を考える会)

日 時：1月20日(木) 18:30~20:30

\*Web(ZOOM 使用)参加と会場参加のハイブリッド形式で行います。

\*事前申し込みが必要です。ホームページ「在宅医療福祉情報の森」でご案内致します。

今回、話題提供の時にオンライン機器のトラブルのため、皆様には大変ご迷惑をおかけしました。心よりお詫び申し上げます。

ホームページ「在宅医療福祉情報の森」で研究会の情報をご覧いただけます。



#### 【研究会に関するお問い合わせ：ことう地域チームケア研究会事務局】

- ◆一般社団法人彦根愛知犬上介護保険事業者協議会 (TEL 49-2455 E-mail:info@gen-ai-ken-kaigo.jp)
- ◆彦根市医療福祉推進課 (TEL 24-0828)