

# ことう地域チームケア研究会 たより

令和6年7月31日発行

つながろう 話そう

ハイブリッドde 研究会

## 第68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6年7月11日(木) 18:30~20:30

◆参加者: 85名(医療関係40名、福祉関係19名、行政・包括・その他26名)

## 「事例を通して考える ACP①」

### ～日々の診療・介護施設との関わりより～

担当世話人団体 彦根医師会・彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

☆今回は、彦根医師会からの話題提供のあと、ACPについて意見交換を行いました。

### 話題提供

彦根医師会 横野智信氏(横野医院)より 「ACPについて」

・国では ACP の取り組みが推奨されているが、医療福祉職の中でも知らない人が2割程度いる。今後さらなる普及活動が求められている。

#### 『主治医意見書作成のための問診票』について

・彦根医師会で活用している。介護保険申請時の「主治医意見書」を作成するために必要な情報を収集するもの。

・現在の身体の状態や生活状況に関する項目と合わせて、「将来の希望について」という項目が設けられており、人生の最終段階における医療やケアに対する希望について、4つの質問項目がある(右記参照)。

・介護保険の申請時や更新時に各市町窓口から配布され、ご本人が記載し主治医に提出する。時には家族やケアマネジャーが本人の意向を聞き取ったりしながら記載する。

☆本人の思いを聞く、本人が考える一つのきっかけになる。しかし、本人の思いは変わっていくので、繰り返し聞いていくことが必要である。

#### 彦根医師会

#### 「主治医意見書作成のための問診票」

《質問項目》『ご本人の将来の希望についてお尋ねします』

(この判断が最終決定ではありません。現在、本人が思われていることを正直に書いてください)

■食事が口から摂れなくなった時に、胃ろうなどの経管栄養を[希望する・希望しない・わからない]

■病状が悪化したときに、延命治療を[希望する・希望しない・わからない]

■人生の最終章はどこで過ごしたいですか？[自宅・介護施設・病院・わからない]

■ご本人の代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？[はい・いいえ]

彦根医師会 松木明氏(松木診療所)より 「在宅看取りについて考える」

#### 在宅看取りの事例紹介

A さん(99 歳) 認知症・慢性疾患。長年外来で診察。息子さんに母親の死期が近いことを告げると、とても驚かれるも「自宅で看取りたい」と希望され、訪問診療に切り替え、最期まで自宅で過ごされた。

B さん(80 歳) がん疾患。入院治療をされていたが終末期を迎え、本人が自宅で過ごすことを希望されたため訪問診療の依頼があった。退院後、家族旅行の希望を実現できた。

C さん(93 歳) 認知症・精神疾患。病院にて余命一週間と告げられ、本人が退院を希望されたため訪問診療の依頼があった。家族は在宅療養に不安があったが本人の希望を尊重され、自宅で看取りができた。

D さん(91 歳) 特養に入所中の方。体調を崩しても本人は入院することを強く拒否された。施設で状態を見ながら対応し、看取りを行った。

#### 《意思決定支援について》

・当院に相談に来られる方の多くは、「(本人) 自宅で最後まで過ごしたい」「(家族) 最後まで自宅でみたい・自宅で看取りたい」と希望される方である。

・また、長年、外来で診ている方には、生活状態や病気の経過を見ながら、必要なタイミングに、本人や家族と今後の生活のことについて話をし、どうしたいか、意向を確認している。

・患者さんや家族には、『命あるものはいつか死ぬ。だから、毎日を生懸命生きることが大事だよ』話をしている。

#### 《考えなければならないこと》

・患者さんが、「どんな形でどういう死を迎えるのか」を決めたら、それが保障される＝「基本的人権を守られる」ということが大切。

・認知症で、一人暮らしで、在宅看取りができた人もいるが、難しい場合も多い。これからは、意思決定を支援し、そして、その意思の実現のための地域づくり、体制づくりを真剣に考えていかないとけない。

# グループワーク

会場は 7 つ、オンラインは 2 つのグループに分かれて意見交換を行いました。ACP について、話題提供の感想や、様々な現場での事例、普段感じていることなど、多くの意見をお聞きできました。

「ACP」に対する参加者の思い・現状(発表・記録より)

## 《ACP の現状》

### 地域の現状について (住民)

- ◆県民の意識調査 (3年に一度実施) 将来の希望は「自宅」が1位だが、「実現できるか」という問いには「難しい」との回答が多い。
- ◆地域の中で ACP が進んでいない。本人が意思を伝えても家族が本人の意思を尊重できない状況がある。地域住民が知らないという意味がない。どう浸透させるか、話をしていく機会が重要。
- ◆訪問看護導入時に、どうしたいのか聞くと「わからない」「今考えていない」という反応がかえってくる。
- ◆家族が本人に代わって問診票を記入されることもあるが、「本人でないとわからない」と言われることが多い
- ◆世間ではエンディングノートや看取りの話題が取り上げられるようになり社会も変わってきたと感じる。以前に比べて、聞くほうも聞かれる方も当たり前になってきたと感じる。

### 地域の現状について (医療福祉専門職)

- ◆十分なケースワーク足りていない。本人と家族の意思とが一致しているかどうか、話し合いが必要。
- ◆職種によって考え方が違う。また、職種や立場によって、本人、家族への伝え方が変わる。また説得力も違う。
- ◆数年前から意向の確認は何度も行わなければいけなくなっている。

### ※ACP の取り組み状況

- ◆看護師が本人に確認し、それに応じケースワークを実施し支援している。
- ◆電子カルテの横に ACP 介入中と入っている (病院)。市立病院では「ちょこっと ACP」を実施。
- ◆「もしばなゲーム」、絵本「サイ五郎さんちの人生会議 絵本のカード」をやってみた。

## 《ACP の実践について感じていること・困っていること》

### 意向の確認について

#### 『いつ頃するのか』

- ◆老衰、進行性の病気とは先の見通しも違う。
- ◆DNH (搬送しない) についても検討することが必要。病気になる前から聞いておく必要がある。
- ◆元気な時にちゃんと考えられるのか。カンファレンス等で話し合えるとよい。
- ◆看取りの同意をとってから 1~2 年過ごされることもある。タイミングはどうか? 本人どうしたいのか、元気なうちに聞いておきたい。
- ◆ACP の話、義務教育段階から組み込めるとよいのではないか。認知症に関してはすでに小学校でも学ぶ機会が作られたりしている。そこに付随して伝えていけるとよいのでは。
- ◆デイサービスなどで話してもらえるとよい。わいわいと。

#### 『どんなことを話すのか』『どうやって話すのか』

- ◆本人と家族の関係性、また家族間関係性も影響する。
- ◆身内だから確認しづらいこともある。
- ◆ストレートに、「近い将来どうしたいのか」という気持ちを聞く方法は?
- ◆認知症の方の意志確認の難しさがある。一瞬の言葉を拾えたらよいと思う。
- ◆「食事食べられなくなったらどうするか」「最期はどこで過ごしたいか」等の話をするも、「考えたくない」と言われ、どのように話をしていくとよいかわからない。
- ◆「病院に行ったら何とかなる」「点滴したら治る」と思っている家族への説明、対応をどうするとよいか。

### 話し合い・意見のすり合わせについて

『どうやって話がまとまっていくのか』『どのようにしたら同じ方向で話し合えるのか』

#### 『後で心残りが出ないのか』

- ◆本人と家族の意見が違う、また家族によって意見が違う場合もある。
- ◆家族の立場で決めることの難しさがある。(本人がどこまで意思を家族に話しているか)
- ◆希望と現実。ギャップを埋めるのが話し合い。



## こんなことがありました

体調が急に悪くなった時…

- ◆「自宅で看取りを」と本人が希望していても家族が救急車を呼ばれることがある。
- ◆体調が変化した時には、まず訪問看護へ連絡するよう伝えている。しかし家族がパニックになって先に救急車を呼び、望まぬ医療になってしまうこともある。
- ◆家族から救急搬送の依頼があり、心肺蘇生しながら搬送。蘇生されることもあるが、病院についてから DNR 発覚したこともある。
- ◆介護サービス事業所に対して、救急車を呼ばないで、と伝えられている方がいる。
- ◆家族が本人の意思を確認されていた。「笑顔で送ってほしい」「拍手で送ってほしい」という望み通り、拍手と笑顔で送り出すことができた。

できるだけ思いが叶えられるようにするためには

## 《地域の在宅医療体制のこと》

- ◆在宅医療の体制について、主治医が不在時でも対応できるように、複数で医師が関わるとよい。
- ◆医師の高齢化や往診医の確保が難しい状況がある。「在宅で看取りたい」との希望はあるが状況は厳しくなっていると感じる。看取りのケースは増えるが、在宅医含めて資源が枯渇か。
- ◆今後、ますます一人暮らしが増える。この地域で、お一人暮らしの方をどのように支えることができるかを皆で真剣に考える必要がある。
- ◆施設での看取りの取り組みは増えてきている。

## 本人の思い

家族の思い

専門職の思い



# 全体会

☆病院での ACP 情報を、院内共有だけでなく、退院の時に地域の医師や支援チームにも引き継がれるとよい。

☆ケアマネから病院への「入院時情報提供書」にも ACP に関して情報提供できるとよいのではないかと思う

全体での意見交換より

## 本人の意思とは？

例えば、『本当は自宅で過ごしたいけれど、家族に迷惑をかけたくないから施設に入る』という方の意思とは、「施設に入ること」なのでしょうか。真意はどうなのか 慎重に見定めないといけないと思う。

☆「問診票」の ACP に関わる項目について、ケアマネジャーとしても、利用者の意向を聞くようにしている。本人も家族も「わからない」と答えられることが多いが、繰り返し聞いていくことで、考えてもらえるようにしていけないといけないと思っている。確認したことは、主治医とも共有していけるとよいと思う。

一言で ACP と言っても、それぞれの立場や、職種の専門性によって、その認識や視点の違いなどがあり、新たな気付きも得られた。それぞれの現場での ACP の実践における困りごと、苦勞を共有できた。

本人の意思が「わからない」、うまく表出できない方もいる。わからない人に対しても、家族の意見や本人の大事な思いを引き出し、そしてサポートしていくということも専門職の重要な役割。我々専門職は、一人一人の意思決定において重要な役割を持つということを自覚しながら仕事に臨まないといけないと思う。





<第68回アンケートより>

ご意見、ご感想ありがとうございました。

## こんなこと思いました



### 1. 「ACPについて(概要など)」ご感想、ご意見、印象に残ったこと等

ACPだけでなく、DNRやDNHという事があると知った。  
 ACPの考え方、また、認定時の意向確認などのことを教えていただき、理解が深まった。  
 家族と本人の意志が一致せず、本人の思いが果たせないことが多いということ。  
 救急現場で遭遇するターミナル患者様に対しての複数の職種が関連する対応の現状を共有できたことは有意義であったが、職種ごとの思いや見解が統一されていないのではと感じた。  
 初めて聞いた言葉であった。「人生会議」=ACP

### 2. 「事例紹介」について、ご感想・ご意見、印象に残ったこと等

最終段階で本人の望む生活に体制を整えて対応した事は分かったが、それまでの間に本人の思いを聞いていたのかどうか、また、どのようなタイミングで聞いていたのか等が知りたかった。  
 経験された事例に基づきお話をいただき、住民さんの暮らし、最期の思いを感じることができた。  
 在宅ケアマネをしていて、事例に共感する事が出来た。看取りが出来て後悔なく送り出せた経験を家族様と一緒にさせて頂いている。  
 現場が想像できて、ACPに馴染みのない方も関心を持つきっかけとなる話だった。

### 3. グループワークに参加して(感想など)


それぞれの専門職目線からの意見を聞いて、自分とは違う目線での意見は非常に参考になった。  
 病院での立場や医療の仕事をしながらも、両親の看取りについては違うなど、様々な意見が聞けた。  
 在宅医の先生と直接お話ができ、先生の考えておられる在宅看取りを知ることができた。  
 4町には、在宅看取りをして下さる在宅医がとても少なく、そのために入院や検死になることもあった。救急車の利用のこと、在宅医のあり方について悶々としていたことが、久しぶりの参加のきっかけだった。在宅医の先生や、多職種の方と話ができ、少しその思いが解消された。  
 在宅医の先生と話ができ、地域医療(在宅医療)の現状がよく理解できた。終末期の患者様について、救急車を要請することのデメリット(救急隊は救命が前提であり処置を実施しなければ搬送対象外となることや、処置により望まない蘇生も有りえる)を家族様に知ってもらうことが大事であると考えることができ、大変有意義な話し合いとなった。  
 ACPは元気な間に話し合うのが良いということをお教えいただいた。  
 いろんな話が聞いて良かった。同じことで悩んでいることも知り話しやすかった。  
 ACPはその時1回だけじゃなく繰り返し聞くことが大切だと改めて確認できた。

### 4. 研究会全般についての意見、要望など

久しぶりの会場参加でしたが一体感があり良かった。  
 一般へのACPの普及への取り組みを、ここから考えて、この会を一步前に進めていってほしい。  
 「2時間かぁ、長いな～」と思っていたが、あっという間だった。ありがとうございました。  
 デイサービス勤務のため、朝礼で研究会の報告をしている。

☆次回は、令和6年9月12日(木)に開催します！  
 「事例を通して考えるACP②～がん疾患の事例より～」  
 [担当世話人団体]彦根薬剤師会・湖東圏域4病院相談支援部門

ホームページ「在宅医療福祉情報の森」で次回研究会の情報や過去の開催内容をご覧ください。

在宅医療福祉情報の森  で検索。

### 【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

- ◆(社)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)
- ◆彦根市高齢福祉推進課(くすのきセンター) TEL 24-0828