

症例呈示

- ・ 101歳女性社会的で料理好きだった
- ・ 長男（75歳）夫婦家族と3人同居
- ・ 孫に看護師と作業療法士がいる同じ町内に孫やひ孫もいる
- ・ 要介護3年齢相当に物忘れはあったが、基本的にひどい認知症、問題行動はなかった
- ・ 70歳ころより、高血圧、糖尿病発症していたが、比較的コントロールはよかった
- ・ 75歳変形性膝関節症78歳急性心筋梗塞82歳腰椎圧迫骨折

昨年までの経過

- ・ 2020年11月23日、自宅で転倒し、左大腿骨転子部骨折、手術で回復したが、以後歩行器歩行要介護2となって介護ベッド、PWの設置を行った
- ・ 2021年9月に、一度誤嚥性肺炎を起こし、この時に心不全悪化し、3か月入院、その後より、かなり体力が低下してきている
- ・ 退院後に区分変更申請を行い要介護度3となった
- ・ 自力でトイレ移乗は可能だが、かなり時間がかかるようになってきた自力歩行は困難デイサービスは、月、火、木、金の週4日入浴サービスも受けている

今年になってからの経過

- ・ 2022年2月心不全悪化し、某病院循環器科へ紹介利尿剤他の処方追加により、入院はしなかった症状は幾分軽快したが、かかりつけ医からは、訪問診療はしていないと言われた
- ・ 現在何とか車いすに乗せて、通院はできている
- ・ 2022年4月頃より、徐々に寝ている時間が多くなってきた食事もやや不規則になり、咽せ込むことがあったため、食事はデイサービスでも、とろみをつけた食事になっている
- ・ 連休明け頃より、食事がやや不規則になってきている

皆さんと一緒に考えたい事（グループ討議・発表）

本人、家族は在宅での生活を継続したいと望んでいます。

▶ ACP*について、それぞれの立場から、どんな支援ができますか？

▶ 今諫早市で、在宅での看取りをするには、どんなことが必要だと思いますか？

* ACP（Advance Care Planning）

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

（日本医師会 HP より）

▶ACPについて、それぞれの立場から、どんな支援ができますか？

【1グループ】

- ・本人の思い、家族の介護力があるか、確認しサービスを調整していく。
変化がある中、ケアマネ、医療チーム、介護の全てのチームメンバーでその都度ACPを確認していく。
- ・将来の変化に備える。
今後通院困難になってくる。→訪問薬剤支援、トロミ、薬の粉碎。
- ・生活を継続するために、どのような状況なら在宅は難しいと思っているか。
ムセ→入院希望か、家族の思いをふまえて医師へ伝える。
週4回のデイは今後、本人の負担になる。→往診やバックベッドの確認
- ・状況が変わる中でチームワークをとっていく。

【2グループ】

- ・本人・家族の意志・意向を聞くが、支援の中でその都度確認して、望む方向で支援していく。
在宅には家族の介護、不安の解消、ショートなど心がけている。
- ・一緒にACPを話し合うことはない。薬剤師としては、薬学的に邪魔するところを軽減する。
糖尿病の方が家で過ごすには、低血糖にならないよう情報提供。薬の調整の提示。飲み方をまとめる。変更時の協力として一包化の作り直し。家族が余計なところに気をもまないでいいように、介護負担の軽減。
- ・毎日が意思決定の場面。本人・家族がしっかり話し合っ決めていく。在宅医の紹介や看護師、ケアマネとの連携。本人はどこまでいきたいのか、家族はどこまで本当にみれるのか、具体的なイメージ化。逃げずに話し合う。
- ・逃げない。勇気のいる分野。いい事例を普及する。
- ・社交的、料理好き、少しずつ動けない、少しずつ食べれなくなっている。
➡もっと早い段階で話しておくことが大事。家族に料理を教えたりする時間をとる。もの忘れのない時期から、オレンジ手帳の記入。家族と一緒に書き込んでいいことなどを伝える。
- ・周囲は独居の高齢者の孤独死を心配する。でも、ずっと見ておくことできない。最期になって話すのではなく、早いうちから。
- ・元気なうちから子供、孫も家族で話し合う。
いつからがACPのはじめ時？➡いかに元気なうちから話すのがポイント。ただ、なかなか難しい。
- ・早い段階では難しい。非がん時は特に死を考える事が難しい。早目早目がいいが、家族に話すのは気がひける。
- ・死ではなく、銀行のパスワードなどからではどうか？
いざこうなったら、今したいことは？家族としてしてあげたいことは？
- ・オレンジ手帳は広い意味での ACP、早い段階から今までの人生のふり返りと自分が大事にしていきたいことを残せるだろう。加齢による看取りをするために必要なもの。

【3グループ】

- ・どのタイミングでACPのことについて話したらよいのか？
- ・非がんでも年齢も100歳を超えていることも踏まえ、経過の中でACPの事について本人・家族を含めて話し合っていくことが必要ではないのか。
- ・本人、家族に伝える段階がそれぞれ違ってくる。
- ・自分達で状態的な事を話せないの、医師から話してもらうことが大事。
- ・医師から本人・家族に説明したことを医師→ケアマネ→関係事業所に伝え、情報共有を図ることが必要。
- ・専門職それぞれの視点が違うのでそのことを理解する。
- ・ACPのタイミングは、医師からの病状説明が最初の段階で必要。医師からの説明をもとに本人・家族にこれからのことについてACPについて話し合う流れがいいのではないのか。
- ・医師からの一言はすごく大きく本人・家族も納得しやすい。
- ・本人・家族は状態に応じて気持ちも変わりやすい。そこを理解した上でACPも変わってくる。
- ・ACPはチーム力が大事であり、それには、日頃から顔を合わせる関係性ができていることが大事。
- ・医師に近い関係、日頃から情報共有していくことがACPを実行できる。

【4グループ】

- ・予後予測について医師、看護師を加えて、本人に伝え、本人・家族の意向を確認し、その意向を叶える。
- ・主治医や家族と連携し、特に家族が希望する、往診が出来る医師の紹介。
- ・薬の内服ができていないのか、内服できるのか、家族に負担のかからない処方に切り替える。
- ・家族がどう思っているのか、本人がこれまでどういう生活を…話せるうちに、普段の生活の中で自然と話せていたら。
- ・看取りが出来る在宅医・看護師等に関する情報提供を行う。
- ・本人の意志確認ができなくて、家族の意志が違っていると困る。
→元気なうちから意思確認しておく必要がある。(早い段階から)
また、気持ちも変化していくので、その都度確認。
薬の処方も含め(家族に負担のかからない処方に変更)、体制作り、本人・家族の支援。

【5グループ】

- ・本人の具体的ADLの状況→家族の負担、介護の状況
本人はADLの低下をどのように感じているのか？
寝ている時間が長くなっている理由。
認知症の程度、本人がどの程度自分のことを伝えられるのか。
本人の食に対する思い。
本人はどの程度治療を希望しているのか。
デイの回数、本人きつくないのか？本人の希望？家族？
長男家族の仕事、本人との関係性、家族のサポートは？
本人・家族がどこまで治療を望んでいるのか？
→上記の情報を把握し、支援に活かしていきたい。
- ・本人らしさ、本人の持てる力を引き出すために看護師として何が出来るか考えたい。
- ・環境(家族の介護力含む)を見る。
予後予測をしっかりと家族に伝えていく。チームの話聞きながら。
- ・意志決定支援をどうするか？
- ・特別な場面でなく、普段から本人がどうしたいのかを確認しておくことが大切。
- ・訪看導入のタイミングは？→今のタイミングでも遅くないだろう。
- ・本人のニーズが何なのか？在宅での看取りなのか？病院なのか？
いつのタイミングで本人に聞き取りを行うのか？

【6グループ】

- ・サービス調整は、もちろんだが、本人・ご家族へ ACP についての理解を得られるように話していく。
- ・本人、ご家族の状況やお話を聞きながら、主治医や多職種と連携を行っていく。
- ・薬局としても、本人・ご家族と一緒に考えていく。初期のころでは、薬の一包化や薬剤の粉剤等ができる。
- ・ACP の理解薄く、諫早であればオレンジ手帳の活用ができないか。
ご家族の意見を聞きながら、担当者会議等においてチーム内で確認し、今後の方針を決めていこうが、かかりつけ医の訪問診療がないことなど、その辺りも検討していく必要がある。

【7グループ】

- ・今後どのように過ごしたいか。本人・ご家族の気持ち、意思を確認しながら。
医療処置について、家族→医師とサポートする。
- ・薬飲めるのか、痛みや苦痛はないのか聞き取り。
- ・Aさんがどのようにしたいのか、医師との間に立って説明ができる。
- ・ご本人とご家族がどのような生活をしたいか確認する。孫さんたち気持ち、どういった最期を迎えられるか介護力の維持、環境の調整。本人の楽しみ、生きがいを確認。気持ちが前向きにとらえられるように。
- ・本人・ご家族の要望。サービスはきつくないか、今のままでいいか、その都度確認し、代替サービスの提案。
- ・共通認識→気持ちの変化をその都度確認

▶今諫早市で、在宅での看取りをするには、どんなことが必要だと思いますか？

【1グループ】

- ・非がんのケースは予後がつかみづらい。
医療チームとして、家族が落ち着いて対応や覚悟ができるように余命が残り1年、何か月、何週間、何日…など具体的に示すようにする。
- ・長い経過の中で、介入のタイミングは難しいが、その都度タイミングを見計らっていく。
例えば、退院時にACP確認し、在宅へつなぐ。在宅でもその内容をふまえ、思いを確認していく。
- ・病状の変化に応じて、局面局面で説明し、家族へ理解してもらう。
医療を行うことが本人の苦痛につながることも説明し、看取りに向けて支援していく
- ・本人の思いを尊重し、家族の選択肢や支援を尊重し、家族の支援を無理強いしない。
思いを傾聴する。病院・在宅チームで一丸となって支えていく。
- ・諫早は 24 時間対応してくれる訪問看護、往診医がいるので心強い。

【2 グループ】

- ・かかりつけ医(かけはしリストに沿って探している。)
在宅で吸引が必要な方、訪問看護だけでは足りない。
家族の覚悟いるが、24 時間見守らなくても大丈夫。家族の支援。
- ・今の現状がどうなっているか、瞬時にわかる情報提供。
ノート活用(家族・支援者含めたもの)▶安心感。
- ・情報共有が大事、医師の敷居の高さはあるが、相談しやすくなる関係づくり
介護負担の軽減:ヘルパーや通所サービス、ショートステイ(ターミナル対応できる)の充実。
- ・様々な事例で集まることあるが、デスクンファレンスをするか？
- ・1回/週のカンファレンスで発表するようにしている。こういう対応がよかったというものを作るようにしている。
- ・家族の会みたいなのがあったらどうだろう

【3 グループ】

- ・訪問診療を行っている医療機関が少なく、訪問診療を行っている医療機関に負担が増えているのではないか？
- ・在宅の看取りは医師、訪問看護でのサポートが必要であり、訪問看護に関して 24 時間、土日も稼働が必要、今現在、諫早市内で 17 ヶ所の訪問看護事業所があるが、土日が休みの事業所が多い。いろんな事業所が増えているが、どんな事業所なのか顔も知らないで、医療機関からは、任せる事が不安。
- ・顔が見える関係性を持つことが大事。諫早市在宅ケアサークルなどの研修の場で交流していくことで、顔が見える関係性を築いていくことも一つだと思う。

【4グループ】

- ・腹膜透析の患者、家族がいない方の施設の受け入れが難しい。医療的な処置が多い方も難しい。
- ・本人に関わる人がオンライン上で情報提供できるといい。
- ・メディカルケアステーションを利用している。
- ・家族(介護者)が一人だけの場合、休めるような支援があればいい。
- ・生保、透析の方は、他機関との連携が必要。
- ・在宅医のコーディネートが重要。

【5 グループ】

- ・介護力が必要。24 時間訪問看護(介護)体制、家族以外のサポート体制。
- ・24 時間体制の訪看⇔病院とのスムーズな連携。退院して数時間で亡くなる人も。ギリギリにならないと決断できないこともある。(予測できなこともある)
日頃より医師や看護師がどうしたいか聞き取りしておく。
- ・サービスがオーバーする場合がある。ボランティアなど(介護保険外の)必要。
- ・お金、介護力

【6 グループ】

- ・緩和ケア、薬局でいえば疼痛緩和(麻薬)、看取り、急な症状の変化、その場その場でのご家族の希望を聞いていく。
- ・在宅看取りのPR。24 時間対応できる医師が増えていけば…。
- ・訪看事業所同士の連携。在宅医と病院医師の連携(バックベッド)
- ・事業所でいうならば、訪問入浴、随時対応型、訪問看介護又バックベッドの確保
- ・ACP の理解も薄く、看取りに対する意識の改革が必要ではないか。

【7 グループ】

- ・緊急的な対応。休日など 24 時間対応できる体制。→事前に話し合うなどの工夫も必要。
- ・諫早市民に対しての啓発活動
- ・若い人でも可能性あるし、一般の方が考えられるようなツールや教育的なもの。
- ・オレンジ手帳の活用難しい。エンディングノートなどの普及も。
- ・「もしばなゲーム」など、気楽にできるもの。地域の中に深めていけるように。
- ・経済的な支援。
- ・ACPについて知らない人が多い。
- ・気持ちの変化、揺らぎ→「悩んでいいんですよ。」変わってもいいことを伝える。
- ・訪問診療。タイミングの難しさ。関わり方。
- ・家族、本人と信頼関係。
- ・コミュニケーションが大事だなあと感じている。
- ・親と子供の関係性、深い。話を進めにくい。医師から話してもらえたら。