

令和2年度第4回安城市地域ケア推進会議

日時 令和2年10月15日(木)
午後1時30分～午後3時
場所 社会福祉会館 3階 会議室

1 会長あいさつ

本日のメインテーマである在宅看取りに関して、地域の医療安全委員会での事例を紹介。在宅療養をしていた方でDNAR^{注1)}の方が2人続けて心肺停止後に救急搬送された。蘇生の途中でDNARの人だということが判明して現場の医師が困ったとのこと。答えがない問題は、ACPがうまくいっていないと救急隊や医師が困るのでこのような場で皆さんと検討が必要。

(注1：患者本人または患者の利益に係る代理者の意志決定を受け、心肺蘇生を行わないこと)

2 議題

(1) 新型コロナウイルス感染症拡大防止に伴う自粛中の生活に関する調査結果の報告

保健福祉部会より (資料1)

保健福祉部会)

資料1の通り説明

休館中は各福祉センターが週2回以上通っていた方に電話で状況を聞いていた。9月時点での風呂の利用はコロナ前と比べて8～9割戻っている。部屋の利用が戻っていないのは密を避けているからと思われる。社協の介護予防教室は9月の前年同月比で半分(1007名から502名)。地域のサロンは68%が再開している。再開の目途がたっていないサロンは第2波到来前は7%だったが現在は15%に増加。10月は8割が再開予定。社協はサロン再開の支援をしたい。今の課題は意欲低下、体力低下をどう防ぐか。地区の取り組みとして筋力アップ講座、体操、スマホ講座の企画が進んでいる。地域の中の工夫として、集会ができないので往復はがきで近況を聞く取り組みを検討しているところもある。調査結果について気づいた点があれば今後の参考にさせていただきたい。

会長)

問題点はフレイルの進行とメンタルヘルス。高齢者は感染症に罹らなくても他の問題で不具合が出てしまう。

【意見・質問】

病院部会)

入院してくる患者が既にフレイル^{注2)}やサルコペニア^{注3)}状態である。面会できない状況が認知症やせん妄を起こしやすい人にとってせん妄を起こすきっかけになっている。新型コロナ感染症による直接的な影響よりも間接的な影響がこれほどまでに大きいのかと病院にいて実感している。従って、感染の状況に合わせてなるべく生活を元に戻すことを考え

ないといけない。新しい生活様式が今後の生活として根づくのではなく、これは緊急避難的な状況として考え、落ち着いたら元に戻していかないと直接の問題よりも本当に大変なことになるだろう。また、色々なことが合理的になり無駄が省かれているが無駄があるからこ息抜きができる。

(注2：健康な状態と要介護状態の中間の段階であり、加齢とともに心身の活力が低下した状態。注3：筋肉量が減少して筋力低下や身体機能低下をきたした状態)

地域支援部会)

高齢者の方は人との関わりあいを希望しており町内会の言うことを聞いてくれず会合を開いてしまう。町内会長として地域から感染者を出してはいけないので日々努力はしているが力が発揮できない。地域のサロンがなくなり高齢者の方々は非常にフラストレーションが溜まっている。このような状況から、公共施設が借りられなかったので町内の倉庫で密にならないように会合をしたが結局密になってしまった。私達は素人なので町内からの要求にどう答えて良いか分からず、批判も受けている。専門の知識のある方々にアドバイスをしていただきたい。

会長)

感染状況をみながらの対応になると思うが、我々医療職でも明確な答えが出ず非常に難しい。

地域支援係長)

実際に必要とされていることは医療の知識だが答は簡単に出ない。基本的な感染防止策を施してやっていただくしかないが、この会議は医療の専門職の方が多く集まっているので協力していただけると良い。(南中学区の地域ケア地区会議で専門家に感染防止のポイントを、中北薬品さんに手洗い指導のポイントを教えていただいた。)

訪問看護ネットワーク部会)

福祉委員会のメンバーになる依頼があり2カ月に1回会議に参加している。医療の知識がない方たちが問題を話し合っても解決策がないので医療の知識を持つ者が参加する意義はある。敬老の日の贈り物で最中を配るとのことだったが、最中は高齢者にとって飲み込みにくい食べ物(餅、餡子、最中)だから厳しいと話したら気づいてもらえた。

会長)

それぞれの地域で呼びかけてもらいたい。

(2) 看取りの取り組みについて(資料 2~4)

安城市看取り体制のめざす姿

「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」

事務局)

昨年度より看取りの取り組みを行い、この地域ケア推進会議で安城市の看取り体制の目指す姿は「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」と決定した。事例分析した結果を部会の皆様からご説明をお願いします。

資料 2-1、2-2

看取り事例（在宅②）

薬剤師部会)

キーパーソンが本人の子どもではないのでなかなか達成されなかった。

訪問看護ネットワーク部会)

◆達成できていること

- ・看取りを視野に入れて医療介護の環境を整備して指導を受けた後に退院していること。
- ・各種の介護保険サービスを使って介護負担を軽減して在宅療養が3カ月できたこと。
- ・看取りを決めたが入院治療を望んだ家族の思いの揺れに寄り添ってケアができたこと。

◆課題

- ・意思決定能力が残っている時に代理決定になる家族と関連職種で話し合いができていなかったこと。
- ・非ガン疾患のACPのタイミングが非常に難しいこと。
- ・ACPのきっかけを逃してしまったこと。
- ・キーパーソン含む家族全員が共通認識できていなかったこと。
- ・自宅で一度持ち直した時に自宅で過ごす調整が病院と在宅でできていなかったこと。

◆達成に必要な要素

・ACPの実践

タイミングを逃さない。医療ケアチームは本人の意思を尊重するために本人の人生感や価値観、どのような生き方を望むかを把握する。話し合いの中で合意に至らない場合には医療ケアのあり方を見直して合意形成を深める。途中で気持ちが変わってもそれに寄り添うことを伝え続ける。

- ・家族への看取り教育を充実させて悔いのない介護ができるように支援すること。
- ・在宅の限界を迎えた時の対応策、緊急時の連絡先などの指導で在宅と病院の切れ目ない支援をすること。

リハビリネットワーク部会)

◆達成できていること

- ・家族の意向を確認して在宅での生活ができたこと。

◆課題

- ・状況の変化があった時にどうしたいかを事前に話し合っておくこと。

◆必要な要素

- ・最期をどう過ごしたいかを本人が意思表示できる時から自然と話せるようにしておくことを専門職や住民に啓蒙すること。

ケアマネット部会)

◆達成できていること

- ・ショートステイを定期的に利用できたことで家族が介護と休養のバランスがとれたこと。

◆課題

- ・予後予測、本人の意向の確認不足。
- ・看取りの考え方について医療職と家族の思いに違いがあったこと。

- ・家族間での看取りの方針が定まっていなかったこと。
- ・病院との連携ができていなかったこと。

◆必要な要素

- ・本人の意思、意向の確認をできるだけ判断能力のあるうちに段階的に行うこと。
- ・在宅で看取る覚悟を持ってもらうための支援、状況の変化に応じた対応の確認。
- ・社会資源や制度面の拡充。・看取りの受け入れ可能な施設やサービスの拡充。
- ・在宅医療のできる医師の拡充。・介護サービス導入の簡素化。
- ・ケアマネの役割として介護力の見極め、適切な時期に適切なサービスを導入、チームケア体制。

小規模多機能部会)

◆達成できていること

- ・在宅看取りについて前を向けていること。

◆課題

- ・本人の意思が分からないこと。
- ・家族は本人が入院治療で元気になった姿をイメージしているのでは。

◆必要な要素

- ・死に向けての準備。

保健福祉部会)

◆課題

- ・入院治療による回復の程度について家族と専門職の認識に差があったのでは。
- ・家族への在宅看取りの説明と認識の共有。
- ・家族の意思や精神的な不安を支える精神的なサポート体制。

グループホーム部会)

◆達成できていること

- ・家族が看取りへ気持ちの準備ができていること。
- ・看取りに向けて医療の連携ができていること。

◆課題

- ・本人の気持ちが分からないこと。
- ・家族が看取りについての知識や覚悟があったか。状況を把握していたのか。

◆必要な要素

- ・本人の気持ちが分からないので目指す姿も分からない。
- ・看取りについて家族が理解すること。
- ・本人が最期はこれで良かったと思える人生だったのか考えること。

施設部会)

◆達成できていること

- ・キーパーソンに在宅の指導ができたこと。
- ・介護のためのサービス事業所が連携していること。
- ・ショートステイと在宅の繰り返しが家族にとってレスパイト期間になったこと。

◆課題

- ・在宅から入院へ希望が変わることは当然であるが説明準備が十分だったか。
- ・在宅医から病院へ自宅での看取りの意向があったことが伝わっていたか。
- ・一時的に回復した時に在宅へ戻ることを検討できなかったか。

◆必要な要素

- ・看取り状態になった場合どのようなサービスが受けられるかを説明すること。
- ・家族間で今後の方向を話す機会を設けてもらうこと。
- ・サービス担当者会議等を開催し利用者に対して全員で考える機会を設けること。
- ・家族、本人に今後予想される病態について丁寧に説明すること。
- ・入院する病院に在宅医が、在宅での看取りの意向がある旨を説明し情報の共有化を図ること。

ヘルパーネット部会)

- ・医療職からの説明により家族は理解し、在宅に自信を持って帰れるはずだったが実際在宅看取りはとても難しいので家族の気持ちの変化を受けとめることが必要だった。

デイネット部会)

◆達成できていること

- ・長男の嫁に看取りの経験があったこと。
- ・サービスを使いながら在宅生活の継続ができたのは家族の介護負担の軽減になったこと。

◆課題

- ・看取りの意思決定の確認ができていたか。
- ・肺炎を繰り返していたが家族は嚥下状態を把握できていたか。

◆必要な要素

- ・医療処置や延命治療はどこまで実施するか事前に話し合うこと。
- ・看取りについて家族の意思統一が必要。・サービス担当者会議での検討。

【意見】

住まい部会)

亡くなった後のことを考えて家族構成が同居か別居かに関係なく介護や在宅医療について書面化しておくこと。後で訴訟にならないように気をつけて。

病院部会)

非ガンの終末期は難しい。確実に亡くなる状況だったかは医学的には分からないので事例の娘の判断も当然だと思し、我々医療者としても可能性が残っているなら病院への入院を判断するのもそれほど問題ではない。ただ、プロセスで本人の意思が置き去りになっていたので本人の意思をあらかじめ尋ねておく必要があると思うが、例えば皆さんがこういう状況になった時に、具体的に最期をどこで過ごしたいか聞かれても多分分からないだろう。元気であればあるほど分からないし、最期が近い状況になっても分からないと思う。だからACPでは、あなたにとってどうやって過ごすことが一番楽しいかとか、その人の価値観や人生感を尋ねる。例えば自分の家の窓から庭を見て過ごすことが一番私に

にとっては良いことと言われたら入院するより自宅で過ごすことの方がこの人にとっては良いから、治る可能性は低いからこのまま家で過ごしましょうという判断ができる。皆さんもACPを行った時はそういう情報をたくさん残してほしい。どこで最期を過ごすか、胃ろうはどうするかと聞いても分からない。その人にとってどう生きていくことが価値ある生き方なのかを聞きまとめることがACPだと思う。

会長)

事例の方は非常に安定した状態で過ごされていて、熱発をしても今までも治療で回復したのなら病院で治療するのは自然なこと。しかしどこかのタイミングで家族が最期をどうするか本人の代弁をすることも可能だったのではないか。

資料 3—1、3—2

看取り事例（施設②）

事務局)

施設での看取りを希望していたがキーパーソンの変更により急変時救急搬送にて病院で亡くなられた事例。一番重要な課題を中心に発表してください。めざす姿の達成に必要な要素は作業部会で取り扱う。

薬剤師会部会)

- ・孫にはキーパーソンは荷が重いこと。

訪問看護ネットワーク部会)

- ・本人の病状変化の時にACPのタイミングではなく本人に社会的変化が起きた時にACPのタイミング。
- ・意思決定人がその人で本当に良いのか話し合うこと。
- ・キーパーソンであった娘が急逝したことによる家族のメンタルケア。
- ・家族のメンタルの変化によっては最善策を導き出すことが難しいこともあるのでカウンセリングをした方がよい。
- ・施設での看取りの捉え方を家族にどのように説明しているのか。
- ・輸血が必要になった時点で再度孫や本人に確認をとっているのか。

リハビリネット部会)

- ・今後について長女を含む家族で話し合っておくこと。
- ・入所時だけではなく数カ月に1度ぐらい本人の意思を確認すること。
- ・急変時の対応について話し合い方向性を決めておくこと。

ケアマネット部会)

- ・本人の言う「その時」を状態が変わるごとに確認すると良かった。
- ・娘だけでなく他の家族も本人の意向を確認すること。

小規模多機能部会)

- ・家族間で話がまとまっていないこと。・長女任せだったこと。

保健福祉部会)

- ・本人が最期をどのように迎えるか考える機会を家族と共有すること。

- ・家族全員にACPについて理解してもらえるような機会の創出。

グループホーム部会)

- ・看取りに対しての知識が家族にあれば救急搬送せずに施設で看取れた。

ケアマネット部会)

- ・キーパーソンである長女と家族が今後の方向性を確認する必要があったこと。
- ・終末期の症状について家族にどこまで説明できていたのか。
- ・終末期に再度本人の意思を確認する必要があったこと。
- ・孫がキーパーソンになってから施設でできることとできないことを説明する必要があったこと。

デイネット部会)

- ・キーパーソンが長女の時点で家族の意思確認が必要だったこと。
- ・キーパーソンが変わった時に親族の他の人の協力体制を確認する必要があったこと。
- ・施設の入所に対しての意思決定内容。
- ・本人の意思を確認したものを記録に残すこと。

ヘルパーネット部会)

みなさんと重複しているので割愛する。

病院部会)

問題の焦点は代理判断者。事例で、代理判断した孫が本人の意思を適切に代弁して病院搬送を指示したのであれば問題は無い。しかし事例に挙がり皆がモヤモヤしているということは本当に孫が代理判断者で良かったのかということ。代理判断者とは、本人の意思を代弁できる人であり本人の意思を推定して述べられる人だが、もしかしたらこの孫はそういう立場ではなかったかもしれない。他に代理判断者がいない場合、人生の最終段階のガイドラインにあるように現場の医療ケアチームが本人にとって最善の判断をする。ということは、我々医療や介護、福祉に携わる人がその患者さんの意思決定を担う当事者でもある。その患者さんの最期の医療の決定をする立場になるかもしれないということを得てACPをやると自ずと何を聞いておけば良いかも分かってくるだろう。実際、代理判断者がいない場合が非常に増えている。独居や家族と疎遠という人も増えているので医療の現場で働いている我々が判断しなければならぬ事例は今後増加すると思う。そのことを皆さん心積もりしておく必要があると事例を通して感じた。

会長)

代理判断についてはその通りだと思う。キーパーソンという言葉はその人に全てを押しつけるようなイメージがする。

嘱託医とは施設と契約をした医師のことで患者さん個人とは契約関係がなく患者さんには診療報酬も発生しない。施設ではこの嘱託医が看取りをするということを念頭に置いていただきたい。

安城市の看取り体制

事務局)

資料の通り説明。

(3) 意見交換（フリートーク）

セキュリティ強化されたマンションに住む高齢者の問題について
訪問看護ネットワーク部会)

現在訪問をしているマンションにお住まいの高齢者の方について皆さんからアイデアがあればいただきたい。奥様と2人の息子の4人暮らしで日中は高齢の夫婦のみで過ごしている。介護保険で訪問介護と訪問看護の提供がある。マンションの鍵は1階エントランスの外にあるインターホンで部屋番号を押すと家の中のインターホンにつながって解錠してもらえる仕組み。利用者は認知機能の低下と身体機能の低下から解錠ができない。家族は合鍵を作りたくないとのこと。管理会社との交渉は家族が渋っている。結局この方は管理人が協力してくれることになったが、本来は業務外のことだし管理人のいない日に訪問することもあるのでその時はひたすら開けていただくのを待つことになる。緊急の対応は困難。マンションなので外に鍵を隠す場所はない。新聞配達の時間帯は解錠しているとのこと。訪問看護ネットワークで聞き取り調査をしたところ苦心している事業所が他にもあった。セキュリティの高いマンションの高齢者は今後増加するだろうと思い相談した。

【意見】

地域支援部会)

民生委員としてセキュリティ強化された住まいのひとり暮らしの方は非常に連絡がとりにくいと感じる。本人は用心深くてなかなか電話に出ていただけないので緊急連絡先に電話してようやく用が足せる。最悪の場合は手紙に電話してくださいと書いて投函するが大きな届け物はポストに入らない。これからこのような状況はあらゆる面に出てくるだろうから連絡が取れる方法を皆さんで考えないといけない。

住まい部会)

- ・入り口のエントランスと各戸に鍵があるマンション

→全て施錠されると対策なし。

訪問介護、看護の契約を最初にする時に施錠するなら契約を交わせないと言った方がよい。黙って入ると不法侵入になるし緊急連絡先に連絡がとれても到着した時点では手遅れになることもある。

- ・エントランスがロックされるマンション

→管理人制度に変えてもらいマンションの総会の議題にあげてもらう。

(そこまで面倒見なくても良い気がする)

会長)

セキュリティを上げればアクセスしにくくなる。

住まい部会)

救急隊でもオートロックが施錠してあると入れない。一戸建ての場合はガラスを割っ

て入ってそこに緊急性が認められれば消防隊が違法行為をとられることはないが、マンションはガラスが共有の財産なのでそれを勝手に破壊したとなると面倒くさい話になる。

訪問看護ステーション)

非常に勉強になった。各部会の代表の方は事業所に伝えてほしい。

連絡事項

地域支援係長)

◆ 高齢者のインフルエンザ予防接種の推奨について

- ・ 高齢者の方にインフルエンザ予防接種の推奨を。
- ・ 「ご案内」には負担金 1,500 円とあるが急遽無料になった。案内文と違うので注意を。
- ・ 医療機関の状況は市では把握していない。
- ・ 市外の医療機関で接種したい場合は保健センターで確認。

◆ あんじょう健康大学の案内

◆ 健康チャレンジシートの案内

・ 在宅医療・介護連携推進のための研修会（施設部会）

日 時 令和2年11月30日（月）午後6時30分から午後8時まで

場 所 安城市民会館 3階 大会議室

テーマ 福祉施設現場でのハラスメント

講 師 早川一郎氏（三井住友海上火災保険株式会社 経営サポートセンター課長）

・ 自立支援サポート会議 ～みんなでもう一歩～

次回の予定 令和2年10月22日（木）午後2時～へきしんギャラクシープラザ大会議室

次回 令和2年11月19日（木）午後1時30分～3時 社会福祉会館 会議室