

令和3年度第7回安城市地域ケア推進会議及び安城市認知症初期集中支援チーム検討委員会

日時 令和3年12月16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

今年最後の会議。今年は休会やZ o o mでの開催など色々あった。

2 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進のための研修会等実施報告 (資料1)

・施設部会

(資料の通り報告)

B C P作成が義務付けられておりコロナ下において災害や感染それぞれのB C Pは作成している傾向にあるが、複合災害も念頭に置いてB C Pを作成することが必要とのことだった。

【質問】

住まい部会)

宅建協会は裁判事例に備えて専属の弁護士がいるが、福祉の団体は専属の弁護士がいるか。

施設部会 浅田さん)

各法人、各事業所に弁護士がいる形で。団体としてついているのかは把握していない。

・地域包括ケア研修会 (のちほど報告)

(2) 認知症初期集中支援チームの活動報告 (資料2)

(令和3年度 第2回初期集中支援チーム検討委員会)

事務局)

(資料2-1の通り説明)

チームの事業を推進していくために今年度2回目の検討委員会として、この会議においてチームの活動状況や認知症に関する連携について報告し、皆さまで検討いただきたい。

・活動及び事例報告

認知症初期集中支援チーム)

(資料2-2の通り報告)

→事例について、本人の排泄能力を維持したまま家族の負担を軽減するためにはどうすれば良いのか、ご意見をいただきたい。

【意見】

会長)

排泄は大きな問題。在宅医療の中で、自分でトイレに行けなくなったら入院させてほしいと家族から言われることが多い。リハビリネット部会では排泄の自立に関する勉強会を開催されていたが、ご意見はあるか。

リハビリネット部会)

考えられる方法は次の二つ。

1. 目の前の課題の解決

認知機能の低下に伴う失敗への対策をする。事例の方は、認知機能の低下に伴い尿意が曖昧となり、遂行手順が分からない→排泄の失敗体験を繰り返す→羞恥心や自己肯定感の低下→拒否という心理的不安定を招き、周辺症状として顕在化している。対策案は次の二つ。

(1) 羞恥心への配慮

「排泄の環境に目印をつけ排泄手順が分かるようにする」「パッド、ポータブルトイレの活用」

(2) 失敗を繰り返さないための工夫

「排泄パターンを把握し、命令口調にならないように気をつけながら時間誘導」

2. 今後の予防的視点

(1) 日中の離床時間を増やす

臥位での排泄は腹圧が高まりにくく、残尿による尿路感染症や失禁による皮膚トラブルのリスクが高まるので、これを防止する。具体的には「日中の離床時間の確保」「本人にとって意味のある活動を取り入れて生活リズムを整えて昼夜逆転の予防」

(2) 家族の介護負担感を減らす

「家族へ介護に対する肯定感を持たせる」「こういうことをすると本人が喜ぶと教える」「一緒にいることの安心感を得るための時間を作る」

訪問看護ネットワーク部会)

失敗の原因を明らかにしないと介入方法が見えてこない。デイサービスは家族の介護負担が軽減されるが、訪問看護は家の中での本人の生活を見て起きている現象を分析し、家族と一緒に関わり方を考えられる。本人と離れることだけでなく、一緒に考えることが介護負担の軽減につながるのでは是非訪問看護を活用してほしい。

認知症初期集中支援チーム)

チームにリハビリ職がないので勉強になった。いただいた助言を取り入れた介護指導をしていきたい。また、介護負担軽減のために本人と家族が離れて過ごすことを優先していたが、今後は一緒に考えることも視野に入れたい。チーム員は介護者側に立ってしまいがちだが、本人の思いにも耳を傾ける必要があることが分かった。これからもたくさんの関係機関を巻き込んで意見をいただき、より良い方法を導き出せるようにしたい。

グループホーム部会)

排泄の失敗がどこにあるのかを考えると良い。本人がトイレで排泄したいという思いを持っているならオムツではなくトイレでの排泄ができるように進めたい。対策としては、

1. ハード面：衛生材料の活用

「排泄量が多い場合はリハビリパンツや、吸収剤が多いマットを活用」

2. ソフト面：機能的な問題の工夫、排泄パターンの把握

「尿意を感じるとそわそわしたり、立ち上がる等の仕草をみてトイレ誘導」等。

住まい部会)

訪問看護は医療行為が不要な人でも依頼できるか。

訪問看護ネットワーク部会)

主治医が必要と判断すればどんな状態でも利用できる。最近では独居の認知症高齢者の利用が多い。認知症の方が尊厳を保って住み慣れた地域で住み続けられるために訪問看護を活用してほしい。

住まい部会)

床汚染については、トイレの床をタイル張りにして水洗いできるように改修すると良い。

施設部会)

チームには、すでに通所を利用している方の介護指導にも介入してもらえるか。

認知症初期集中支援チーム)

チームとして介入する対象については先の説明の通り。認知症に伴う困りごとならいつでも相談を受けている。介入困難事例にも対応している。

保健福祉部会)

介護指導は自宅での状況を把握している訪問看護や包括、ケアマネの方が良いのでは。また、認知症の方には、看護師が来ると伝えると受け入れてもらいやすいので訪問看護の活用は効果的。事例の解決のためには排泄のパターンを把握して原因を突き止めることが大切。

(3) 人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の対応について (資料3)

衣浦東部広域連合消防局)

・人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン

救急業務は基本的に緊急に医療機関へ搬送する必要のある傷病者を医師の管理下におかれるまで応急手当を行いながら搬送すること。ただ、心肺蘇生を望まない意思表示を示されている方の家族が、呼吸が止まる直前に苦しそうにしているからと慌てて救急車を呼んでしまうケースが、数は少ないが発生している。救急隊のシンポジウムでも本来の救急業務が上手く進められないということで法的な観点から問題にしていた。この「人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への救急隊の基本的な活動ガイドライン」について、現在も法整備は整っていないが、国の見解によるとガイドラインに基づいて判断したものなら、緊急の処置をしながら搬送するという内容からずれても問題ないであろうとしている。今回は愛知県救急業務高度化推進協議会において愛知県医師会や地区医師会のご協力ガイドラインが作成された。今後、地域の実情に即して各地区（ここは西三河）のメディカルコントロール協議会が中心となり具体的な開始時期と対応方法を検討していくことになっている。

・フローチャート

救急隊は基本的には搬送、処置が業務。フローチャートの条件に合った時には心肺蘇生を中止して医師に引き継ぐが、少しでも確認が難しい場合は病院へ搬送する。119番通報は緊急対応を求めることを前提としているので、その方に蘇生を望んでいるのかという質問はできない。衣浦東部広域連合では50数万人を管轄しているが年間を通じて症例はほとんどない。ガイドラインは国や東京で先行的に進んでいるものをもとに愛知県版を作成した。安城市内には救急車は5台しかなく医師の到着を長時間待つことはできないため、指示書や同意書をもとに引き上げる。運用開始時期は地区で進めていくことになっているので検討を重ね実現したら案内する。

【意見】

会長)

在宅医療の現場でも、何かあったらファーストコールは訪問看護へと伝えていても人生の最終段階において呼吸が停止すると家族が動転して救急に連絡してしまう。救急隊がその場で死亡の判断をすると警察へ連絡が行き、やむを得ず死因の検案により皆が望まない形になる場合があるので、家族には慌てないようにと伝えている。

具体的なガイドラインの内容は地区のメディカルコントロール協議会で検討されるのか？
衣浦東部広域連合消防局)

事業は消防の活動になるので消防で開始時期や内容の検討を重ねている。方向性を固めた上で西三河医師会にて相談をして、方向性を決めていく。

訪問看護ネットワーク部会)

訪問看護師が119番通報後、本部、救急隊、現場の担当者全員から同じことを聞かれる。我々は家族のサポート等で慌ただしいことも多いが、何度も同じことを答えなければならないのは仕方のないことか。

衣浦東部広域連合消防局)

119番通報時に細かいことを聞くのは、その時点で患者が重症かどうかを判断するため。重症な場合は心肺蘇生等のさまざまな処置や医師への連絡などに必要なマンパワー確保のために消防車を出動させるので、その必要を判断するため詳しく確認する。また救急隊出動と同時に病院へ連絡を入れるなど、初動が大切なのでご協力をお願いしたい。救急対応の病院も受け入れ準備のために正確な情報が必要なため、繰り返し確認している。家族よりも看護師の情報の方が確実なため、細かく聞いてしまうがご協力いただきたい。

訪問看護ネットワーク部会)

その場でバイタルサインを測定され容体を確認されているが、事前の情報が必要か。

衣浦東部広域連合消防局)

時系列の変化から今後起こり得る状態を予測している。

会長)

まだ聞きたいことはあるが時間になったので終了する。

(4) 「わたしノート」について (資料4)

事務局)

安城市は現在看取り体制支援プランを実践しており、ACP作業部会で「わたしノート」を作成した。ACP作業部会副部長より説明を。

ダイネット部会)

11月の推進会議で医療福祉の専門職のためのスキルアップや心構えを掲載した「専門職のためのACPマニュアル」の説明をした。マニュアルと並行して本人、市民向けの啓発ノートである「わたしノート」を作成した。

ケアマネット部会)

・活用方法：

本人が自分の考えを伝えられなくなり生活する場所や関わる人が変わってもその人の意思が実現できるように思いを書き留めておくノート。医療やケアの方針を決める際に本人の思い、価値観、気付きなどの情報は重要。あらかじめこのノートに本人の思いを記載しておき必要な時に医療、介護関係者と情報共有しながら支援していけると良い。「わたしノート」は本人に記入を強制するものではなく法的な効力もない。本人の望む医療、ケアが実践されるための手掛かりとなるもの。

・書く時のポイント：

資料「『わたしノート』を書く時の大切な約束」参照。このノートを書くことで何を大切に生きてきたのか、これからどのように生きていきたいのかを書いた人と共有できるとよい。内容をもとに、なぜ大切に思うのかというその人らしさを引き出せるノートになるとよい。エンディングノートのように最期のことを考えるだけでなく、今をどう生きたいか前向きに楽しく考えらえるとよい。一般の人向けなので、市民への啓発も必要になってくる。

事務局)

先月説明させていただいた「専門職向けのACPマニュアル」と「わたしノート」をこの推進会議で承認していただきたい。

【意見】

(なし)

会長)

承認いただける方は挙手を。

→挙手多数あり

「専門職向けのACPマニュアル」と「わたしノート」は承認された

事務局)

開催予定のACPマニュアル研修会に参加をお願いします(日時、開催方法は次第参照)。

(1) 在宅介護連携推進のための研修会報告(続き)

・地域包括ケア研修会)

訪問看護ネットワーク部会)

(資料の通り報告)

会長)

研修会には多くの参加があり、100人を超える方が聞いていた。

【意見】

在宅医療サポートセンター)

今回は病院から退院するがん末期の患者の事例報告で関心が高く、ACPマニュアルにもあったように、患者さんの思いを実現するための取り組み内容だった。この報告を通して安城市でもこのような形で最期まで過ごすことができるということが伝われば良い。

(5) 臨床倫理コンサルテーションについて

～日本在宅医療連合学会 優秀演題の発表より～ (資料5)

会長)

病院には倫理的な問題で困った時には病院内の臨床倫理コンサルテーションや倫理委員会で審議されるが、在宅医療においてはその場がない。2020年9月より当市において安城更生病院の杉浦真先生が中心となり地域の臨床倫理コンサルテーション窓口が立ち上げられ、サルビー見守りネットのプロジェクトで相談できるようになった。その実際について学会の演題に出したところ優秀演題となったので報告とともに、その内容を紹介したい。

(以下、スライドに基づいて説明)

呼吸困難のある在宅療養患者に麻薬を使用することとなったが、苦痛が取れ切れず、本人と家族から「麻薬を増量してほしい」と要望があった。頻回に接していた訪問看護師をはじめとする支援チームは、麻薬使用に関するガイドラインに則った以上のことをして良いのか葛藤した。事後にはなったが、この事例につきこのシステムにコンサルテーションしてアドバイスを受けた。さらに杉浦先生を中心としてリモートでのデスクカンファレンスが行われた。

在宅医療の現場では倫理的な問題に対する支援体制がなく、職種間でジレンマが生じやすいので日常で困りごとがあったらこのシステムを活用してほしい。

【質問】

(なし)

連絡事項

- ・各種報告書の提出期限について

R3 検討テーマの報告書 (2/25) R4 研修企画案及び検討テーマ (1/31)

- ・在宅医療介護連携のための研修会 (保健福祉部会)

日時 令和4年2月4日(金) 午後1時30分～午後3時30分

テーマ 住民にACPを啓発していくための、専門職によるACPの必要性の理解

参加対象者 自部会のみ

・(仮) ACPマニュアル研修会

日 時 令和4年2月16日(水) 午後6時30分～午後8時

方 法 オンライン(ZOOM使用)

内 容 講 義 (ACPマニュアル、わたしノート)

参加対象者 すべての部会

【質問】

(なし)

次回 令和4年2月17日(木) 午後1時30分～午後3時 社会福祉会館 会議室
開催方法変更の場合は改めてお知らせします。