

平成 30 年度第 1 回 看取り支援に関する専門部会（議事要旨）

1. 日 時 平成 30 年 12 月 11 日（火）13：30～15：37
2. 場 所 三宮研修センター 605 会議室
3. 出席者 別紙名簿のとおり

4. 議事内容・主な意見**【ふくろうプロジェクトについて】**

<概要>

- ①救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明を行うことを目的とした文部科学省の研究事業。
- ②松戸市を介入地域と非介入地域に分け、松戸市内のケアマネジャーが担当している要介護者、松戸市内の特別養護老人ホームやグループホームの入居者を対象として実施。
- ③ケアマネジャーと地域包括支援センタースタッフが対象者とコミュニケーションをとり、ふくろうシートを記載し、事務局に登録する。事務局はシートの内容を QR コード化する。救急要請があった場合、救急隊は QR コードを読み取り、記載内容を参照する。
- ④対象者はふくろうシートの「人生の最終段階のご本人の意向」欄において、意向を選択し、治療を希望する場合は、あらかじめ病院を指定する。
- ⑤神戸市においては、原則として、「119 番通報があった時点で、救命の意思があるものとして、救命のために最善を尽くす」ということになっている。

<主な意見>

- ADL が相当低い人に対して骨折等による手術をした場合、入院中に認知症がかなり進み、QOL が著しく低下し亡くなられるケースがあり、手術したことがよかったのかと判断を振り返る時代に入っていると思う。一方、急変ケースは判断しやすく、在宅で亡くなりたいという希望があるならば、在宅での看取り方策を考えるほうがよい。
- 救急隊は QR コードを読み込むと、「ふくろうシート」を見ることができ、本人の意向は変わっていくので、ふくろうシートだけで救急隊が判断するのは難しいのではないか。
- 「ふくろうシート」に書かれた内容がいつ時点のものなのか、また家族の気持ちもかなり揺れるので、このシートを信じてよいのかと思う。さらに、ACP は皆で話し合うことが大事であり、ケアマネジャーが意思決定支援に関わることは大変な作業であると思われる。
- ACP は救急搬送を減らすことが目的ではないので、ロングタームケアを受ける慢性疾患の方の終末期の判断を充実させていかなければならない。
- 介護職出身のケアマネジャーにとっては、利用者とともにふくろうシートを作成することは難しく、ケアマネジャーに対するしっかりとした教育が必要。

【施設における看取り支援について】

- 神戸市医師会・介護サービス協会が神戸市老人施設連盟に対して実施した看取りの実態調査によると、看取りを行う施設数は増えているが、看取りをしていない施設もある。施設の8～9割は看取り加算を算定していると思うが、看取り加算は入所前に看取りに対する指針を説明するなど、体制が整っているということである。配置医の先生や看護師のオンコール体制にどういう形でつなげるか課題はあるが、老健連としてももしっかり対応していきたい。
- 老健は看取り加算によって、点滴をしたり、酸素の機械をレンタルする負担は軽減したが、常勤医師1名の負担が大きいことや、夜間に配置している看護師1名の責任が重くなっていることなどが課題。また、老健の役割として在宅復帰強化に重きを置かれるようになっていっているので、看取りをすることに矛盾や大変さを感じる。
- グループホームやサービス付き高齢者住宅（サ高住）へ訪問診療する機会が増えている。サ高住は看護師が配置されていないことが多いので、医療関係者は医師のみ。家族が疎遠になっている利用者が多く、ケアマネジャーも相談相手がいないのでACPを組み立てにくい。
- 病院の看護師なので、施設の看護師の立場はよくわからないが、利用者の状態によって様々なので、救急搬送しない選択をすることは難しい。教育をしたからといって看護師では判断できないと思う。特養は終の棲家であるのに、なぜ救急で運ばれてくるのかと思う急性期病院のスタッフもいるが、施設として救急車を呼ばない選択ができないということもわかる。また一定の急性期治療で回復する患者もいるので、施設の看護師や医師が単独で判断することは難しいという印象を持っている。
- 特養での疼痛管理目的での麻薬の管理はどうなっているのか。
→医療用の麻薬の適正使用ガイダンスが出ており、特養、グループホームや医師の配置義務がないところは在宅扱いになるので金庫等は必要ない。ただし、実際には介護施設にあまり周知されていない。
- 在宅強化型に該当する老健施設の場合、1ヶ月あたり100床中20床の出入りがある。2年間にわたり、入所者の転帰を調べたところ、がんや慢性心不全の人は投薬が多すぎて、老健に残れていない。100歳の方でも10か月に1回は「一時在宅」してもらおう。それができるか否かを判断の基準とし、できないようになってくると「看取り期」が近づいていると判断している。年間10～20人を看取っている。看取りに関して施設の特徴や専門性が出てくると思われる。我々の老健施設では、「老健を卒業しましょう」という概念を持っていて、サ高住やより自由度の高い施設に移ってもらおうようにしている。
- 薬を飲ませたつもりでも、錠剤のまま口に残っていたり、粉が溶けきっていなかったりする場合がある。飲み込んでいるかの確認をしていただければと思う。口腔ケアも大切である。

【施設看取りに関するアンケートの実施について】

- 特養と老健をアンケートの対象としているが、グループホームや有料老人ホーム、またサ高住に対してもアンケートすることはできるか。
→事務局で再度検討させていただく。（事務局）

- 「人生の最終段階」をどうやって見極めていくのが議論されないと、施設は回答しにくいのではないかと。
- それではどういう時期になったら「人生の最終段階」と判断するのかを先に設問に入れると良いのではないかと。
- 特養は原則、要介護3以上の方が入所するため、入所時に「人生の最終段階」の意向を家族へ確認することとなる。そのとき、2割くらいの方はご本人から延命を望まないという意思をはっきり聞いているが、それ以外の人は胃ろうが何かも知らないで、なかなか理解してもらえない。特養の看取り支援では、本人が意思決定ができなくなった場合、代理決定者を決めている。
- 老健では在宅復帰を目的としているので、入所時に看取りの話をするのは難しい。治療が可能なきは治療するが、レントゲンなどの検査機器がない施設の中で看取りの判断をすることは、看護師の中でも意見が分かれています。
- 施設と病院の違いをよくわかっていない患者や家族がいるので、そのような情報を市民に伝えることも大切である。
- 以前に老健施設でデータを取ったが、自分の施設がどうなっているのかをデータで見えたことは職員にとって良かったと思う。施設では本人と家族との関係をうまく作ることが第一義なので、いきなり看取りの話をするのはコミュニケーションの妨げになるかもしれない。そのため、まずデータや指針などで興味を持ってもらうことが良いのではないかと。
- 看取りの数について、看取り時期に入った方のみの方の数なのか、延命治療を望んでないため救急搬送されずなくなった方も含めるのか、あるいは実際に看取り加算を算定した方なのか、具体的にどうすれば良いのか。「施設内で亡くなった方」ということでよいか。
- 亡くなられる方が、どういった病気で亡くなられるのか、どういったプロセスで亡くなられるのかということ、それを支援していく上でどのような課題があるのかということはこのアンケートで知りたい。
- 看取りとしての支援の実態（どこでどういう話し合いをしているか）を明らかにしたほうが良い。
- 看取りの数ではなく、施設で問題なく看取りのできる体制ができているかが一番重要なのではないかと。
- 本日いただいたご意見を参考に、アンケートのたたき台を作り、委員の皆さんに見ていただいて、よりよい内容に仕上げたい。対象施設も拡大したうえで、アンケート案の作成は事務局にお願いします。
- 看取りについて、何のためにやっているのか、また到達点は何なのか合意が必要である。人生の最期に関しても、本人と家族の意向のギャップ、医療と介護関係者のギャップ、情報のギャップ等の様々なギャップがある。医療介護サービスを適正に供給するためにも、そういうギャップを解消しながら様々なシチュエーションに分けて整理し、神戸市でルールづくりができればよいと考えている。