

## 第5回 函館市医療・介護連携多職種研修会

### ＜グループワーク～座長・シンポジストへの質問抜粋＞

医療法人道南勤労者医療協会 函館稜北病院  
内科医長・訪問診療科科長 横倉 基 先生

Q. 最期の時について本人・家族とどのようなことを話し合われていますか？

A. ＜死期が差し迫っている場合＞

血圧が低下し、尿が出なくなり、意識も悪くなり、呼吸も変化してきた時、その旨をご家族や在宅・施設職員に伝えて心の準備をしてもらうようにしています。どのような準備かは、各々のご家族や施設によって違います。そのため、伝え方は場面ごとに違います。詳しく伝えればよいというものではないので、相手方に合わせます。

＜今すぐではなくても、死期が近いうちに来ると予測される場合＞

子供の卒業を楽しみにしている癌患者さんがいました。しかし、私は卒業式までは寿命がもたないと思いました。シングルマザーでしたので、突然の死亡は患者や残される子供、そして血縁者にとっても混乱を招くと思いました。訪問看護師や同僚看護師も同意見でした。このため関係者全員が自宅に集まり、私から「卒業式まではもたないと思う」と話しました。本人、子供は大変動揺しました。その数か月後、卒業式前に、患者は自宅で子供、患者の妹に見守られて死亡しました。子供は妹宅に引き取られていきました。

＜すでに家族の間で死亡について十分語っていた場合＞

癌末期の男性がいました。既に病名も予後も告知されていきました。余命と言われた1年は、もうそろそろ来そうでした。私達が訪問診療を開始した時点では、既に患者さんと妻の間で十分な話し合いが行われていました。遠方に住む子供さんたちに、患者さんの思いを伝える機会も幾度も持ったそうです。

できれば自宅で死ぬ、往診をしてもらい緩和医療を受ける、夫の死後に妻はどのように経済的安定を維持するか計画する、葬式はどの業者に頼むのがコストパフォーマンスに合致するか調べて決める。私達のご夫婦から、ただただ経過を聞くだけでした。築いてこられた夫婦関係、親子関係に尊敬の念を抱く訪問診療でした。

以上の3例でもおわかりのように、一般化することは非常に難しいです。100人の死亡患者がいれば、100通りの話し合いがあります。みなそれぞれ個別적입니다。最期の時と言っても時間的にかなり幅があります。また、その患者家族を

取り巻く環境（家族の同居の有無，本人と家族の関係性，患者が住む場所が家か施設かなど），患者の認知機能，患者の病気（癌，心不全や慢性腎不全，神経難病，食事摂取が困難になって誤嚥性肺炎を繰り返すようになったなど）によっても違います。もし一般化できるとすれば，普段の訪問の場面で，病気以外にも，患者さんや家族の関係性，人生経過，それぞれの気持ちに常に配慮していくこと，と思います。

Q. 看取りで揺れ動いているときの意向の変更に対応していますか？

A. 話し合いを幾度も続けます，それしかないと思います。揺れる主体は，自宅であれば患者さん，ご家族。施設であれば，それに施設職員が加わります。ご家族が揺れる場合，受け入れている施設職員が揺れる場合は，その揺れが患者さんに伝播します。揺れる原因がどこにあるのか，その話し合いのなかでだんだん共有されてくるが出てくる，と思います。前提としては，揺れることが当たり前だと皆が認識することだと思います。話し合いのなかで，解決とまではいなくても，知恵が出てくる場合が多いです。ご家族の事情で病院でのお看取りをする準備をしていましたが，余命数日間とお話しすると「その期間なら頑張れるから家に連れて帰ります」と言われたご家族がおられました。

Q. 身寄りのない方の看取りの意思確認はどうしていますか？

A. ＜身よりがなくても認知機能に問題なく，自分の健康維持や生命維持，治療について選択できるのではないかと考える患者さんの場合＞

この場合は，本人の他に自分の選択について相談したい方がおられれば，その方を含めて話し合いを重ねて行きます。

＜認知機能に問題がある患者さんの場合＞

なるべく，その人の人となりを知ることができる資料探しをします。

ケアマネジャー，施設職員，ヘルパー，民生委員，知人などに普段の日常会話のなかで，本人の昔語りをしていただきます。その人の人生観などが分かるきっかけを掴みたいと思います。

また，施設でも入院病棟でも，臨床倫理の4分割カンファレンスを開いて，だれか，特に医者一人の意向で決めることがないようにします。

Q. 看取りに立ち合い，精神的なダメージを受けた職員への対応方法を教えてください。

#### A. <亡くなる前>

そのような職員の精神的フォローが必要である、との問題意識を持っておられることにまず敬意を表します。身近な人の死に立ち会った経験のない介護職員の若年者の人も多いと思います。本人が施設での死亡を希望し、ご家族も希望されている場合がほとんどだと思います。この時は、存命中に、まず施設に出向いてカンファレンスをします。夜勤の1人勤務の時を想定して、どういうことが心配か、困るかを口に出して言ってもらいます。困る基準は一人一人違うので、なるべく多くの人に話してもらうようにします。死ぬ日に自分が当たらないように思う、死にそうな時に自分はどうしたら良いか、血圧や体温をどのくらいの間隔で測定すればいいか、いろいろ質問が出ます。管理者がここで看取りましようとしてトップダウンで決めても、現場の職員が恐る恐る務めていては、それは患者家族や職員にとっても好ましいことではない。なるべく、職員一人一人の心理的な負担感を軽減するために、亡くなる前に心配の種を出してもらうようにしています。それに対して私達は一つ一つ、お答えしていきます。そういう手順を踏むようにしています。

#### <亡くなった後>

施設でお看取りされた後、遠くない日を選んで振り返りのカンファレンスを提案しています。患者さんの亡くなる経過、日々の介護業務で困ったこと、医療機関や訪問看護師との連携で困ったこと、患者さんのケアで良かったこと、患者さんが笑顔になったエピソードなど、いろいろ思い出語りをしてもらいます。私達も思い出語りします。そのような振り返りをして患者さんの死亡体験を職員一人一人の糧とし、また施設の糧としてもらいたいと思います。多くの施設では、そのように努力されてきているのではないかと、思います。

#### Q. 函館市の看取りの現状について思うことはありますか？

A. 住み慣れた環境（自宅や施設）で死にたいと思う患者さん、看取りたいと思うご家族、在宅・施設関係者はだんだん増えているように思います。函館市内で在宅医療を行っている医療機関のリストも公表されています。しかし、お看取りに関しては、当然24時間体制で対応することが求められています。それは、深夜のお看取りでも、翌日通常勤務の開業医や勤務医にはかなりの負担です。患者－医師関係が深ければ深いほど看取りには好ましいと思いますが、その分、患者さんの普段の病状などを知らない医師の対応では難しい問題が出ます。訪問看護師やケアマネジャーさん、ヘルパーさんなどのチーム全体の力が必要になります。そのようなチームの一員として機能する、ほんとうの意味での“かかりつけ医”が必要であると思います。それも沢山必要です。

医療を受ける側も医療を供給する側も共通認識にたって改善に向けた話し合いが必要です。

Q. 在宅で看取りをする時、訪問診療の医師はどのように対応していただけますか？  
24時間対応ですか？市内にそのような病院や診療所はありますか？

A. 函館市内で訪問診療を行っている医療機関は公表されています。ネットで検索すると出ています。24時間対応する医療機関も検索できます。その医療機関が実際に24時間対応しているか、在宅死（施設死や自宅死）の実績などが公表されていればよりわかりやすいと思いますが、公表されていないようです。看取りは、あくまでも訪問診療をするなかでの一つのエピソードです。私達が初めて訪問した時から、その人やご家族、施設職員との関係性構築が始まります。患者さんにとって好ましい療養環境が整えられるお手伝いができるように努めていきます。飾ってある家族の写真、仏壇の位置、供え物、家の中の整頓状況、趣味の話、ご家族の話、仕事の話など、医療とは直接関係のない事柄も、その人との関係性を作るうえでは大切な要素です。普段から“あなた”と付き合っている“かかりつけ医”として援助したい、支援したいというスタンスで訪問診療をしています。

Q. ターミナル患者への本人・家族への告知はどのように判断されていますか？

A. 病名告知、予後告知について、両方とも行われている場合、予後告知のみ行われていない場合、両方とも行われていない場合、言葉の表現が曖昧な場合（癌→腫瘍、末期→終末期）など様々です。まず、認知症が重度であり患者さんに聞けない場合を除き、現状をどのように受け止めているのかを患者さん、ご家族に聞きます。そのうえで、病名告知、予後告知をすることが、患者さんにとって有益になるのか、ご家族や関係者と話し合いを重ねていきます。病状が変化していく経過のなかで、双方とも気持ちに揺れが生じる場合が多くあります。その揺れをスタッフと一緒に受け止めて、告知するのがよいのか、告知するとすれば、どのタイミングなのか、ご家族や関係者と話し合いを重ねていきます。

Q. 医師は患者さん家族に病状の説明をする時、どんな事を大事に話していますか？

A. 医師が病状を説明するだけで終わる場合は少ないです。その後どのような治療をするか、どの場所を療養場所にするか、の話し合いが続く場合が多いです。このため、それを想定して返答します。

#### <一般原則>

- 出てくる言葉だけではなく、その人の真意を把握しようとする。
- 一回で終わらせようとしない。
- 日常の訪問や回診時の会話や表情のなかで、患者さんの変化を把握するアンテナを張る。

### <面談する前の段取り>

- 落ち着ける場所を選ぶ。
- なるべく多くの看護介護に関係する人に集ってもらおう。
- 時間帯を選ぶ（次に予定を入れない）。
- 互いに相手の表情が見える位置関係とする。

### <面談する時>

- 患者さん，ご家族の話を遮らない。
- ゆっくり話す，話と話に間を入れながら話す。
- 専門的な医学用語を避ける。

社会福祉法人函館カリタスの園 旭ヶ岡の家 介護老人福祉施設  
生活相談員・介護支援専門員 南部 雄一 先生

Q. 最期の時について本人・家族とどのようなことを話し合われていますか？

A. 最期を「どこで」・「どのように」迎えるかについての意向を確認します。そのうえで、①施設が提供できること、できないことを説明します。②老衰、胃ろう、延命などに関する本人家族の認識を確認します。③本人の疾患や現状から、意向に沿えない可能性も含め、今後予測されることを協議していきます。施設側は、一度意向を確認しても、「人は迷うもの・気持ちは変わるもの」と理解し、常に相談しやすい環境を整えることが大切です。

Q. 看取りで揺れ動いているときの意向の変更に対応していますか？

A. 本人が意思表示できない状況において、家族の気持ちは揺れ動きます。老衰で看取ろうと決めつつもりだったけれど、死期が近づいた本人の状態を見ているのがつらい、延命にかじを切れば、まだ生きられるのではないかと悩むことがあります。その際は、本人が元気だった頃のことを思い出してもらいながら、何度も話し合います。加えて再度、老衰や経管栄養などの意味、メリット、デメリット、経過の予測などについて共通認識を図ります。話し合いを繰り返すことで、家族自身も納得にたどり着くこともありますが、葛藤している間に亡くなることもあります。死を迎えた後に、これまで悩み、考え、話し合ってきた過程が残された家族の支えとなり、大切な人の死を乗り越える糧になるものです。

Q. 身寄りのない方の看取りの意思確認はどうしていますか？

A. 本人が意思決定できれば問題ありませんが、意思決定できない状態であれば、友人など交流のある方からの聞き取りを行います。生活歴や、お元気だったころのエピソード等の情報を集め、可能な限り、本人の意向を推測して対応を決めます。その結果、延命治療を選択したケースは今までありませんでした。穏やかに施設で最期を迎えていただけるように対応しています。

Q. 看取りに立ち合い、精神的なダメージを受けた職員への対応方法を教えてください。

A. 深いかわりを持たず持つほど、お別れは寂しいものですが、お年寄りが精いっぱい生き、最期は穏やかに、時には笑顔で旅立つお顔を見て、本人、家族が望む形の最期に自分たちが関わっている、という認識を職員が持てると、亡くなった時に、自然に「お疲れさまでした。ありがとうございました。」と言えるようになってくるものだと思います。お年寄りをお見送りした後、職員は、「もっとこうしたら良かった。これでよかったのだろうか?」と考え、時に悩み、その反省を次の介護につなげていく。その繰り返しこそが、最も大切なことで、職員が大きなダメージを受けてリタイアしない方法だと思います。

Q. 函館市の看取りの現状について思うことはありますか?

A. 誰もが望む形で、自分らしく穏やかに死を迎えられる環境が増えていくことを期待し、努力していきたいと思います。

Q. 看取りケアを施設内で取り組む際の方法を教えてください。

A. 看取り介護のために行う特別な連携方法はありませんが、家族との連携はより細やかに行います。本人の状況を随時お伝えすることで、できるだけタイミングを逃さず、会わせたい人に連絡したり、感謝を伝えたり、お別れを言える時間が持てるように支援しています。

Q. 入居する以前から「こころづもり」がしっかりアプローチされていきましたか? また、入居時にその方の「こころづもり」を確認して継続していますか?

A. 特養への入居を希望された段階で、最終段階の意向が決まっている方は少ないのが現状です。入所前の見学や事前面談の時点から、入所後「どのように過ごしたか?」について意向を確認します。それは人生の総まとめの時期をどう生きていきたいか?という意味です。その先の誰にも訪れる「死」の話をするには、決して暗い話ではなく、自然なことだと、本人・家族に感じてもらえるように努力しています。「看取り」の形は様々ですが、それは生活スタイルが様々であるということとイコールです。「看取り介護は決して特別なものではなく、普段の生活の延長線上にあるもの」ととらえ、今まで考えてこなかったという方には、施設で最期を迎えた方々のエピソードをお伝えし、考え始めていただけるように支援します。

Q. 本人の意思確認ができない時、ご家族の意見や思いに違いがある時はどのように

方針を決めていきますか？

A. 複数の家族がかかわっている場合で、家族間で意見が食い違った場合は、それぞれから個別に相談を受けることがあります。それでは方向性が定まらなくなるため、別々に話し合いをするのではなく、なるべく、一堂に会して話し合いの場を持つようにしています。その際、職員が立ち会うこともあれば、家族のみでの場合もあります。

Q. 「死」を当たり前のように自然のこととして考える。そのようにスタッフの人が思えるように工夫していることはありますか？

A. 「死」を特別視せずオープンにしていることです。納棺の際には職員も入居者も花を手向け、出棺の際は、館内放送でお知らせし、皆で手を合わせ、歌を歌って見送ります。

施設内には葬儀を行う聖堂があり、敷地内に墓地もあるため、普段から死を特別視せずに働ける恵まれた環境だと思います。

Q. 有料老人ホームでの人生の最終段階についての個人面談の中で具体的にどんな希望がありますか？

A. 旭ヶ岡の家には、特養、ケアハウス、支援ハウス、有料老人ホームの4つの施設があります。有料老人ホーム入居者の皆さんは、自己決定できる元気な方がほとんどです。どこの施設で亡くなっても、遺族から希望がない限り、全施設に出棺や葬儀日程をアナウンスしています。有料老人ホームの入居者の皆さんは、葬儀や出棺に参加する方も多く、普段から死を特別視しない環境で生活されていると思います。そのためか、面談の内容はとても具体的になり、どこで、どのような葬儀を行いたいのか。埋葬先などの希望も明確になるケースがほとんどです。「私も皆さんと同じように見送ってほしい」と話してくださる方も多いです。宗教的なセレモニーを除いては、カトリックでない方への対応も同じです。カトリックでない方も希望があれば、施設での葬儀、敷地内の墓地への埋葬も行っています。

株式会社ケア・スキル ヘルパーステーション笑福  
ケア管理者・サービス提供責任者 山口 瑞穂 先生

Q. 最期の時について本人・家族とどのようなことを話し合われていますか？

A. 本人，家族のみ，家族含めての話し合う内容は違いますが，何故，在宅希望なのか？在宅での安らぎをどこで求めているのか？本人が思う最期の時と家族が思う最期の時は違うことが多いですが，それぞれの思いがあって良いのではないのでしょうか・・・と皆で話したこともありました。

Q. 看取りで揺れ動いているときの意向の変更に対応していますか？

A. 在宅では，揺れ動くことが多いです。それは，色々な気持ちの変化があって当然かと思えます。救急車を呼ばないと決めても，呼ぶこともありました。その時の気持ちで対応していることが多いです。揺れ動いた気持ちもそのまま，多職種の方々に報告しています。ある先生から「最期の時は，気持ちが不安定になることで，気持ちが何度も揺れ動きます。それも正しいことですので，その気持ちに対応しましょう」と話していただき，それからは，スタッフにもそのように伝えていきます。

Q. 身寄りのない方の看取りの意思確認はどうしていますか？

A. 本人・ケアマネジャーと一緒に話し合うことが多いです。メリットやデメリットもありのまま話すことを大事にしております。

Q. 看取りに立ち合い，精神的なダメージを受けた職員への対応方法を教えてください。

A. 精神的ダメージの理由は様々です。そのことについて責任を感じさせないように，ダメージがあって当然と皆で話すことで気持ちを共有するように環境づくりをしています。

Q. 函館市の看取りの現状について思うことはありますか？

A. 看取りについては関心が強くなっているように感じます。現状、依頼も増えております。

Q. 看取りに拒否的だったヘルパーが看取りができるようになったのはなぜですか？

A. まずはその理由を聞き、一緒に悩み、常に、電話連絡、LINE、同行しながら、直接支援するヘルパーが不安にならないように会話を多くしています。

Q. 経験のないヘルパーさんにどのような看取りに対しての教育をしていますか？

A. 経験ヘルパーからの実体験の話を書くことや常に話し合うことにしております。沢山話すことで、それぞれの思いや、考え方の学びになると思っております。

Q. 在宅で看取りをする時に最も難しいことは何ですか？

A. 本人の意図や気持ちを他事業や多職種に伝えることが難しいと思っております。

Q. ヘルパー間の情報共有についてどのように進めましたか？  
具体的に教えてください。

A. 引継ぎノート・電話・プチカンファレンスをします。内容は、ヘルパーが困ったことや、利用者様が不安に思っていることなど、すぐに返答できるように、なるべくその日で、情報を流しています。

Q. ヘルパーさんと訪問診療または訪問看護との間でやりやすかった連携の取り方があれば教えてください。  
また、やりにくさを感じることもについてもおしえてください。

A. <やりやすかった場合>

話しやすい先生や看護師さんは、とてもやりやすかったです。素朴な質問に対しても、真剣に返答いただけたことが嬉しかったです。

<やりにくかった場合>

多くはないですが、聞きづらい感じの時もありました。話し合いではなく、指示的な関わり方をしようとする場合はやりづらいです。

Q. 患者の希望を確認する機会がありますか？

その際の、多職種との連携はどうしているのかも教えてください。

A. あります。看取りと決断した後に、最期の時間をどのように過ごしたいと思っているのか、本人・家族に聞いています。状態によって気持ちは変わりますので、その都度聞きながら対応しております。多職種との連携については、そのまま内容を伝えていきます。

市立函館病院  
病棟副看護師長 沖崎 香代子 先生

Q. 最期の時について本人・家族とどのようなことを話し合われていますか？

A. 最期は病院で過ごしたいという場合は、苦痛がないように安全・安楽に過ごせるよう、痛みや不安を我慢しないようにできるだけ思いを表出するように話し合います。

最期に会いたい人にできるだけ面会に来ていただくよう家族にお伝えします。いよいよ危篤な時が近づいた時は、現実的な話をします。葬儀屋さんの手配や病院から自宅への移動手段など、現実を受け入れてもらうように話を進めることもあります。

Q. 看取りで揺れ動いているときの意向の変更に対応していますか？

A. 患者さんや家族の意向の変更に合わせてプラン変更していきます。揺れ動く気持ちに寄り添いながら時間をかけながら一緒に考えていきます。その場で返事をいただかないで少し時間をかけて考える時間を作り、家族間で話し合いの場を持ってもらいます。

Q. 身寄りのない方の看取りの意思確認はどうしていますか？

A. 主に医師が意思の確認をしますが、ほとんどの場合病院で最期を迎えたいと希望されます。亡くなったあとの身元引受人の手配や、いない場合はMSWへ依頼し市町村へ連絡をとってもらい死後の対応について準備しておきます。

Q. 看取りに立ち合い、精神的なダメージを受けた職員への対応方法を教えてください。

A. 病院では新人看護師が精神的ダメージを受けることが多いです。死後の処置をした後は泣いてしまう場合もあるので、気持ちが落ち着くまで休憩室で休んでもらいます。ベテラン看護師も若い世代の患者が亡くなった時は相当ダメージが大きいので、一人で抱え込まないようになるべくスタッフ同士で語り合うことで、精神バランスを保つようにしています。

Q. 函館市の看取りの現状について思うことはありますか？

A. 病院・在宅・施設それぞれの看取りの特徴はあると思いますが、ご本人自身が最期はどうしたいのか実際はわからないと思います。厚労省の「もしものときのために人生会議」が少しずつ広まっていますが、一般市民にはまだまだ情報が行き届いていません。市立函館病院でも最近「もしもノート」を用意したので、もっと自分の死について身近に感じられる活動が広がれば関心が高まると思います。

Q. 病院でのACPのタイミングを教えてください。

A. 急性期のがんに罹患した患者さんが入院されてくるので、まず、がんを告知されただけで精神的衝撃があり、初期段階からはなかなかACPの介入はできていないのが現状です。治療を繰り返していくなかで、患者さんの治療効果によって対応は変わってきます。治療の評価をして、完治（完全寛解）、部分奏功、進行（悪化）の結果を踏まえてACPのタイミングになると思います。

Q. AYA世代ではない、高齢者の看取りの場合はどうなのでしょう？

A. 高齢者の場合、本人・家族の意向に沿います。治療をしても効果がなく悪化していく場合は、BSCの方向になり、症状緩和が優先になります。自宅での看取りにするのか、緩和ケア病院か、あるいは遠方の方であれば地元の病院へ転院になるケースが多いです。

Q. 治療をしないと決めた後の通院先、入院先はどうなりますか？

A. 緩和医療の病院か患者さんの近隣の病院へ転院になることが多いです。

Q. 薬物治療での副作用チェックは薬剤師が関わり、カンファレンスの参加などもありますか？

A. 病棟担当薬剤師と化学療法担当の認定薬剤師が個別に患者さんへ関わり、有害事象など把握してくれています。電子カルテで共通認識していますが、急ぐ場合は看護師に直接声をかけてくれて、必要であれば少人数でカンファレンスを開きます。  
移植の場合は、医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ・事務・MSWなど参加の合同カンファレンスがあります。

Q. 血液内科病棟で終末期となり在宅看取りの支援を行う方はいますか？  
また、その場合、どのように連携をしていますか？

A. 終末期を在宅で過ごすときは、病院の医療連携が中心となり訪問看護師やヘルパーの介入を依頼することが多いです。家族に看護師がいる場合は、自宅で看取ったケースはありましたが、自宅で息を引き取る覚悟がある家族はほとんどおりませんので、急変時や在宅での生活が困難になった時は、どこの病院へ連絡し、どこで看取るか主治医と事前に相談し、本人・家族が困らないように支援しています。