

令和6年度函館市医療・介護連携急変時対応研修会

講師への Q&A

Q1. それぞれの現場で、ACP をどのように取り組んでいるのかを知りたいです。

【横倉先生より回答】

A. 病院勤務の時は、入院中や退院前に患者さん家族と面談を持ちました。できる限りケアマネジャーや訪問看護師や施設責任者に集まっていただきました。生命予後に関わる癌や重症心不全などを有する患者さんに限りませんでした。退院した後、本人、家族はどのような生活を望むのか、介護職や施設ではそれが対応可能か、新たなサービス導入が可能かなどの話し合いをしていました。皆さんが意見を出し合って合意形成を行っていました。その頃は、ACP について話し合うという意識は無かったです。今思えば、この話し合いの中で患者さんや家族の意向を伺うことができ、自分の生活や人生の何に価値を見出しているのかを教えていただくことになりました。「入院」というエピソードのため、患者さん家族には話し合いへの抵抗感が少なかったのかもしれません。現在は無床診療所で訪問診療を行っています。ほとんどが高齢者です。癌の患者さん、認知症のある高齢の患者さんで嚥下機能の低下により経口摂取が困難となっている患者さんによく遭遇します。本人や家族が予め、方針を決めている場合もありますが、そうでない場合も多くあります。この場合は、対応に苦慮する場合があります。こちらが前のめりになって方針を決めたいという気持ちで進めると、患者さんや家族の心に土足で入り込むことになると思います。患者さんや家族が発する言葉や態度から、話し合いのタイミングを逃さないようにしておく必要があると思います。これは職種に関係ありません。ちょっとずつ小出しにして話し合いを続ける場合もあれば、一度にかなりのことが話し合われることもあり、様々です。

話し合いを通じて、患者さんや家族の考え方の理解が進む感じがします。おそらく患者さんの家族も、関係する医療介護職の人の理解が進むのではないかと想像します。話し合いのハードルを下げることで、十分な時間の確保をしておくことが大切だと思います。

【吉田さんより回答】

A. 居宅ケアマネの立場では、日々の関わりの中で本人・家族の思いを確認することを意識しています。関わる人が集合し話し合いをするメリットもありますが、話し合いというだけで黙り込んでしまったり、不安を感じたりしてしまう利用者さんも多いです。なので、私はいつもの訪問の際に普段の話から自然の流れで確認するようにしています。それらを、関係者に「今の思い」としてお伝えするようにしています。

家族へは電話でのやり取りやメールなど本人が居ない環境で率直な思いを確認することもあります。

【波並さんより回答】

A. らしさでは日々の関わり、日常会話の中で発する本人の言動にしっかり耳を傾けるようにしています。そしてしっかりと記録に残します。

記録は「ACP」というカテゴリーを作り、必要な時に抽出しやすいよう工夫しています。本人から ACP に関する言動が聞かれる場面は夜勤帯や入浴の時、または通院介助の時など 1 対 1 の時が多いです。また、最近では「サイ五郎さんちの対話カード」なども使用して、堅苦しくなく、気軽に取り組める方法も取り入れています。

Q2. 病院，在宅，施設，訪看など様々な連携をいかにベストにするために必要なことはありますか？

【横倉先生より回答】

A.

- ・病院→地域連携室はほとんどの病院であります。しかし、同じ病院でも担当する人の違いにより、連携のマネジメントが違います。おそらくマニュアルはあるとは思いますが。

- ・施設→グループホームやサービス付き高齢者住宅などの形態の違いというより、その施設内の方針に由来することが大きいと思います。上位下達があり、施設でのお看取りはしないという方針の施設もありますし、施設内でお看取りを行うために私たちがカンファレンスに呼ばれることもあります。日常生活についての情報は施設職員が一番把握していると思います。訪問診療のたびに情報をいただくことが多いです。

- ・訪問看護→電話連絡したり、ID-Link 上で記録を見るなど、一番連携をとる機会が多いと思います。患者さんの病状の変化があった時に、治療介入の必要性、入院の適応、本人や家族の気持ちの変化などについて詳しく聞くことがあります。自分が行う判断の貴重な情報を与えていただきます。

- ・ケアマネジャー→私が訪問診療を始めるとき、ある医師が次のようなことを話されました。「ケアマネジャーの選択は、その人の今後の人生を左右する。」

当時は、あまりピンときませんでした。しかし、現在では、その言葉に深く同意します。ケアマネジャーはオーケストラで言えば、指揮者のように思います。

- ・総論として

病院や訪問診療、施設、訪問看護という職種や組織形態というより、その人の個人の意識や感性とその集団が持つ文化に関わることを大きいと思います。最初は、ギクシャクした連携でも、何人かの患者さんを通じて幾度も連絡して連携を積み重ねていくと、分かり合えることが増えていきます。その患者さんを通じてその方限りのチームができたように思う瞬間があります。例えば、在宅で亡くなった患者さんで、最初の 10 分は皆涙しますが、その後は家族を含めてエピソードを思い出して笑いだす。泣き笑いの時間があります。私にとって、貴重な時間に立ち会わせていただいていると思える時間です。

【吉田さんより回答】

A. 医療機関や施設に対しては、立ち会う、訪問するなどしてお話をするように意識しています。連携というよりは、ご本人の人間性や性格面、特性は書面では伝わりにくい部分も多いため、よりご本人を理解して頂くための一つの作業として考えております。

この作業を行うことで、医療や施設にケアマネ本人も認識して頂くことができ、よりやり取りがスムーズになると感じています。

【波並さんより回答】

A. 「顔の見える関係」が大切だと思っています。やはり、顔が見えているかどうかでやりとりは変わってくると思います。

函館市医療・介護連携支援センターさんが主催する研修会等に積極的に参加して、少しでも多くの関係機関と連携を深められるよう頑張っています。

Q3. 小規模多機能で急な泊りが増えており、人員は大丈夫だったのでしょうか？

【波並さんより回答】

A. 夜勤1名で9名の泊まりに対応できることとなっているのですが、日頃から急な泊まりに対応出来るよう最低2室は空けております。急な泊まりが発生しても定員の9名を超えることはありません。

Q4. 介護度2.4～2.6, 1.6で施設運営は上手くいっているのか？

【波並さんより回答】

A. 平均介護度が低いという風を感じられておられるのかと思いますが、弊社は全体で平均介護度を2をキープするように心掛けており、今のところそれをクリア出来ているので運営的には問題はありません。