

第9回函館市医療・介護連携多職種研修会

はこだて医療・介護連携サマリー

「もしもノートはこだて」・「応用ツール18番」

私が思う事

訪問看護ステーションフレンズ

保坂 明美



「もしもノートはこだて」

- ・ 皆さんのお手元にある『もしもノートはこだて』をご覧ください。
- ・ どうでしょう？自分が尋ねる場合、自分が聞かれる立場の場合

自分ごととして考えてみましょう！



学生さんの感想もお話
しましょう！

私が仕事で日々心掛けている事

それは？

例えば一人暮らしの方

血圧を測りながら、その人の生きてきたストーリーを聞いてみる。

足浴をしながら、

「もしだよ、動けなくなったら寝たきりとかになったらどうする？

誰にお世話してもらいたい？

誰と一緒に居たい？」

とかをケアをしながら問いかけてみる。

「もしもノートはこだて」から「応用ツール18番」

- ・日頃からの思いを聞いていると、心の移り変わりは当然のようにある。
- ・だから日々の心づもりなのだと考える。
- ・その心づもりが移り変わってもそれがその人なのだから
- ・その人をわかってもらうために心の移り変わりをしっかり
時系列に書き止めてツールへと落とし込んで繋げる。

＊その人の移り変わる心のうごき、揺れを一緒に揺れてもらいたいから。

この人の場合

- 独居 95歳 女性
- 背景として

元教員、夫も同じく教員で娘さんが一人札幌に在住
夫が亡くなった後も自宅で過ごしていた。3年前から両下腿に
浮腫がみられてきた。その浮腫の事で何度となく病院での検査
を勧められたが、拒否。なぜなら入院が嫌だった。自宅に居た
いとの思いが強かった。他者を自宅に入れる事も嫌だったが、
娘さんの心配もあり介護保険を申請してようやく、デイサービ
ス、ヘルパーの介入に成功！病状の不安もあり3年目で訪問看
護が始まった。

- ・ 初回訪問時は「**何してくれるの？**」と怪訝な様子。しかし、教員をされていたので、子供の教育の話などで会話が弾み訪問が繋がっていった。
- ・ ある日、本人から「**爪を見て欲しい**」との希望が出てきた！

これはラッキー！

爪を見たら足も垢で汚れていたなので足浴をしながら
暖かいお湯につけたらほっと！

そこで「**ずーっとここで暮らしたい？**」

「**そりゃそうだよ！**」

「**誰にお世話して貰いたい？**」

「**皆さんにね。これから迷惑かけるけどね**」

「**わかったよ。迷惑じゃないよ。この家での生活を支えるね**」

その後彼女は

- ・心配していた転倒が起こり、救急搬送。
- ・大腿骨頸部骨折で入院。

救急搬送先には『応用ツール18番』も添付！

在宅での情報を送りましたが、急性期からの返答は在宅は無理の回答。それで決まってしまうもののでしょうか？



現在は転院されて、本人の意思確認、家族の思いを聞いている。
さて、彼女の思いは・・・

応用ツール18番

日頃の訪問のケアの中で聞き取れた内容を搬送される1週間前にノートを使用してケアマネと確認しました



記載日 令和 6 年 8 月 29 日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑱ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。
下記は 令和6年8月29日 時点 で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返してくださいますようお願いいたします。

1.氏名 [redacted] 生年月日 昭和 [redacted] 年齢 95 歳

2.意思確認実施機関 訪問看護ステーションフレンズ ・意思確認者（相談員等） 保坂 明美

3.意思確認対象者 ☒ 本人 ☒ 家族や友人等：（氏名） [redacted] ケアマネジャー による推定意思の確認

※ACP実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ACPを実施する上で参考にしたツール	☒ もしもノートはこだて ☐ 機関独自のツール（ ） ☐ なし ☐ その他（ ）
5.もし生きることができ時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）	☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 仕事や社会的な役割 ☐ 趣味 ☐ 身の回りのことが自分でできること ☐ 経済的なこと ☐ できる限りの治療が受けられること ☒ ひとりの時間がもてること ☒ 家族の負担にならないこと ☐ その他（ ）
6.もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができ時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	☐ 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療 ☐ 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療 ☒ 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと ☐ 今はわかりません ☐ その他（ ）
7.人生の最期を過ごしたいと希望する場所	☒ 自宅 ☐ 今まで治療を受けていた病院（医療機関） ☐ ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関） ☐ 老人ホーム、介護施設など ☐ 今はわかりません ☐ その他（ ）
8.自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	☒ いる ☐ いない *「いる」の場合 ☒ 家族 ☐ 友人 ☐ その他（ ） ※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、その他にご記入。 ご本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここに当たる場合もあるかもしれません。
9.会話等から確認できた本人の思いなど	自分の家での生活を大切にしている方です。出来るだけ家での生活を希望しています。自分らしく最期まで住み慣れた家で過ごしたい！のご希望です。

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑱をご活用ください。

各機関で独自のACPの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ACPの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者 所属 訪問看護ステーションフレンズ 記入者 保坂 明美
ツール管理者 所属 訪問看護ステーションフレンズ 氏名 保坂明美

はこだて医療・介護連携サマリー【応用ツール⑱】本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報



もしもノート使用！

本人が日頃話していた内容が赤字で！！

同性愛者の彼と彼

- ・ 彼Aさん75歳 彼Bさん75歳

二人の生活は20年近くありました。

Aさん74歳の時に胃癌末期、肝転移、腹膜播種、腹水貯留で入院
入院中よりMSWが介入し、Aさんが亡くなった後の事を話していた。

Aさんがどうしても帰りたい、Bさんと話しておきたいことがある。と強く希望して在宅に戻る事に。

- ・ Aさん 「僕が死んだらの事を話しておきたいんだ」
- ・ Bさん 「いや～まだそんな、いいよ。いいから、いいから」

そんなやりとりが続きました。

Aさんから「聴いてくれないんだよね、僕の財産の事や、親戚なんかが来るから、その扱いだとか。ちゃんと話しておきたいんだよね。でも避けるんだよ。」

Aさんの気持ちがよくわかりました。

Bさんに「ちゃんと話した方が良くないよ。話したいと言ってるよ」

Bさん「まだいいよ、大丈夫だよ！」と、Aさんが亡くなる事を受け入れたくない様子が強かった。

在宅退院から5日後

- 夜中に突然吐血！
救急搬送する事に。
搬送されて翌日なくなりました。
何も話すことなく・・・
- 亡くなってから7日後
気になりBさんに会いに。
玄関入ると・・・泣き崩れて、座り込んで、「寂しい」の連呼

当日は灯籠流しの日でした。

最後に

- ・ 訪問看護を25年間、様々な方と巡り合い旅立ちに立ち会ってきた。
当時は『もしもノートはこだて』という道具（ツール）が無かった。
- ・ 本人と家族と避けてしまう場面を避けないで向き合う場面に変えてあげる事が出来たのでは・・・

ここに参加された皆さんへ

是非！この『もしもノートはこだて』を日頃利用し、
いざというときに『応用ツール18番』に落として
繋げましょう！

