

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第7号臨時号 令和2年11月26発行

ニュースレターをご覧いただきありがとうございます。



ニュースレターは当センター相談窓口寄せられた相談を元に、当センターとしての対応や経過、及び皆さまと共に考えたい連携の課題や資料を掲載しています。また、巻頭の文章は在宅包括委員会委員の医師が担当しており、当委員会の医療・介護連携に寄せる思いを感じていただければ幸いです。

時々、「ニュースレターを読んだよ」と聞き、嬉しく思います。読まれた方から「私はこのように考える」等ご意見をお寄せいただき、誌上での意見交換やより多くの考え方をお知らせできる場になればとも考えています。

医療・介護連携相談窓口から（スーパーバイザー、相談員配置）

当センターはご相談に対し、直接的な問題解決の力は持ち合わせていませんが、問題を共に考え、ご相談者自らが問題解決の糸口を見つけられる支援となるように努めます。

また、寄せられたご意見や、相談から見えてくる現場の生の声を当医師会包括委員会や、行政に知っていただく事のつなぎ役としての役割も大切な使命と考えています。

どうぞ多くのご相談とご意見をお寄せください。



最近のスーパーバイザーの活動

最近、スーパーバイザーとして、ケアマネさんの相談事例から包括の個別ケア会議へとつなげていただき、高齢化の進んでいる地域の課題解決の方向性を検討する取り組みに何回か参加させていただきました。

そこで改めて、顔の見える関係づくりのもと、関係者が一同に話し合う事の力の大きさと大切さを実感しました。

困難事例に悩むケアマネさんや、他職種との連携で悩む事業所の皆様からのご相談を頂き一緒に考えるとともに、一ケアマネさんや一事業所、また、サービス担当者会議では対応困難な課題を個別地域ケア会議へと発展させ、同様に悩む人への指針となるものを一つでも多く作るためのお手伝いをさせていただきます！



静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター ☎ 054-247-5788

担当者；大塚・杉山

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第8号 令和2年12月25日発行

高齢者に多い「慢性下肢浮腫」について 《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 鎗木敏志 》

足のむくみが生じる病気には、心不全や腎不全、肝硬変、深部静脈血栓症など様々な病気があります。そのため、足のむくみで病院を受診して検査を行います。しかし病気以外の原因でむくみが発生している場合があります、高齢者に多いのが「慢性下肢浮腫」です。高齢者は椅子や車椅子に座って過ごす時間が多くなりがちで、長時間同じ姿勢を続けることで、足首から心臓へと血液を送り出すふくらはぎの筋肉が動かされず、下肢の血流が滞って血液中の余分な水分が血管外に漏れ出し、むくみが発生するものです。また、筋力の低下や膝・足首の関節を悪くしている場合には小刻み歩行やすり足歩行で、ふくらはぎの筋肉が十分に動かされずにむくみを起こしやすくなります。

慢性下肢浮腫を予防する方法には、

1. ウォーキングや体操、足のマッサージなど手軽に取り組める生活習慣をつける。
2. 日中にむくみ予防の弾性ストッキングを着用する。
3. 椅子に座るときにお尻と足の高さをそろえること。
4. 塩分や水分の摂り過ぎに気をつける。

などがあります。

むくみが長く続く、むくみ以外にも血圧異常や、呼吸苦、動悸など伴う場合は、病気による浮腫の悪化の可能性があるので、早めに医療機関に相談してください。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



相談事例 感染症への対応

相談者：耳鼻科診療所医師

相談内容：かかりつけ患者ではない高齢者がインフルエンザに罹患し、急遽、施設を退所され、事前の連絡も医療情報もない中、突然来院された。他受診者への感染の危険性もあった。まずはかかりつけ医に連絡し、対応してもらう事が必要ではなかったか？介護保険サービス関係者間での連携を密にして安全な受診を心掛けてほしい。

相談窓口の対応：各関係者に診療所からの助言を伝えると共に状況確認を行った。

*施設から

ショートステイ中に当該利用者のインフルエンザ罹患が判明した。急遽、施設側から家族に退所要請をし、当日中の帰宅となった。迎えの家族に受診を促しはしたが、かかりつけ医に受診させるものと思い、受診先や感染予防に対する指導は行わなかった。また、当日はケアマネが不在の為連絡は取れなかった。施設内規則では施設内の感染拡大防止策として、ショートステイ中に感染症が判明した利用者には当日中に退所を要請し、帰宅していただくこととしている。

*ケアマネから

常時介護している同居家族は当日には対応が不可能だった為、常時の介護をしていない別世帯の子が対応した。常時の介護者ではないため、かかりつけ医等日ごろの受診状況等が解らず、近隣の耳鼻科診療所に受診させてしまったとのことだった。

診療所からの助言に基づく安全な受診の要点

- ・診療所の選択・・・かかりつけ医、主治医の確認と連絡、及び支援者間での情報共有
- ・医療情報の必要性・・・他医療機関から継続的な診療を受けている高齢者への加療状況、お薬手帳等
- ・他受診者への感染防止対策・・・電話等による事前連絡

各支援者の対応の課題と視点

- ☆介護者
 - ・主介護者やその他の介護者によるかかりつけ医等医療状況や介護状況の情報共有や把握。
 - ・発熱等救急時の医療機関や訪問看護等医療支援者への相談及び緊急連絡体制の確認
- ☆施設
 - ・感染症者に対する家族指導
 - ・かかりつけ医への受診相談とその方法、感染防止対策、介護の留意点等
 - ・感染症を発症した場合の施設の対応等事前の情報提供
 - ・静岡ケアマネット協会発行の「ショートステイの利用のための利用者概要用紙」の活用
- ☆ケアマネ・連絡体制の確保（不在時の対応等）
 - （特定事業所加算算定事業所は24時間連絡体制を確保し必要に応じて利用者などからの相談に対応できる。）
 - ・自事業所の連絡体制、かかりつけ医や訪問看護師等医療職との緊急連絡体制、及び自宅での介護状況等について関係者間での情報共有
 - ・静岡ケアマネット協会発行の「ショートステイの利用のための利用者概要用紙」の活用と工夫。

みんなで考えよう！

- ・在宅療養者の医療情報や日ごろの介護情報をどのように関係者と共有しているか？
- ・主治医との連携の中で円滑に加療に繋げるための緊急時連絡体制は？
- ・変化のあった時のケアマネと施設の連携と対応はどのようにしたらよいか？
- ・施設独自の判断でインフルエンザの診断を行っていないか？

「発熱」電話で相談を！新型コロナウイルスとインフルエンザの同時流行への仕組みを整備！

静岡県は新型コロナウイルスとインフルエンザの同時流行に備え、発熱等体調不良のあった場合、かかりつけ医のいる人もいない人も、まずは電話で相談する仕組みを整え、窓口を設置しました（令和2年11月11日静岡新聞記事から）。静岡市においても、それと同様の仕組みを整備しています。

電話相談の仕組（令和2年11月16日以降）

新型コロナとインフルエンザの同時流行に備えた発熱患者らの受診・診療の流れ



発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター（☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 新型コロナ感染症の第3波が示される中、コロナ、インフルエンザ同時流行への備えとして、まずは電話による相談の仕組みが作られました。今回の相談事例は新型コロナ感染症発生以前の医師からの助言でした。あらためて感染症への対応について、私達一人一人に問いかけられた問題であったと痛感しました。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第9号 令和3年2月22日発行

夜のおしっこは侮れない? 《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 権 永鉄 》

日々夜間の冷え込みもきつい日が続いています。ぐっすり寝ている時に、排尿のために寒いトイレに起きるのはつらいですね。

ところで、一晩に何回起きると夜間頻尿と言うかご存知ですか？

実は、就寝時に1回以上排尿に起きることを、夜間頻尿と定義されているのです。

これを読んでくださっている方の中には、すでに思い当たる方も多いのではないのでしょうか？

夜間に尿意を催す原因としては、高血圧や糖尿病、前立腺肥大症などの基礎疾患のため、薬のため、摂取した水分のため、ホルモンバランスの影響、など、その原因は大変広い範囲に及びます。多くの方は、生活習慣の延長や、睡眠リズムの一環と納得していたり、年齢の影響かな？と考えて夜間頻尿を病気と考えずに過ごしている（やり過ごしている）のではないのでしょうか？

近年の研究で、大変興味深い報告が出ています。特に2回以上の夜間頻尿のある方たちは、それ以下の方たちに比較して死亡率が高くなるということです（2回以上で29%増加、3回以上でなんと46%！増加）。

言葉だけ聞くと、ぞっとしますが、この背景には、先ほど述べた基礎疾患の存在や種々の薬剤の影響、転倒など外傷の影響などがあるので言葉通りに恐れる必要はありません。

ただ、なんとなくやり過ごしている症状の裏には、実は病気が隠れている可能性があるとお知っておくのは大切なことだと思います。

皆さんも、寒い夜を朝まで暖かくぐっすり眠れるように健康に過ごしていきましょう。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



相談事例 ケアマネの救急搬送時の対応について

相談者：ケアマネ

相談内容：独居利用者の急変時、救急隊からの救急車への同乗や搬送先の病院への来訪を強く求められ対応したが、3～5時間と長時間かった。また、帰り際に利用者の状態を確認したところ、「家族でなければ教えられない」と断られた。ケアマネから病院への情報提供は必要であり、必要に応じて対応しなければならないことは承知をしているが、早急な病院への訪問や休日や夜間までも対応しなければいけないのか？病院からの情報ももらえない。これはケアマネ業務の範疇か？ケアマネの存在って何？との相談があった。

相談窓口の対応：どんな対応が最善なのか当センターでは十分な情報は持ち合わせていない為、救急搬送時の対応について、ケアマネ関係者から聞き取りを行い、相談者へ情報提供を行った。本相談を問題提起として受け止め、当該ケアマネの対応事例（3例）の詳細及び、他市への同様の問題に関連する情報収集を行なった。また、在宅包括委員会及び行政（地域包括ケア推進本部）への定期報告と静岡市ケアマネネット協会に情報提供を行った。

☆地域の関係者・機関からの聴き取り、～救急搬送時の対応の現状について～

- ・他の経験豊かなケアマネ：個人としては救急車には同乗しないが、病院に情報は届けている。
- ・静岡市ケアマネネット協会：当協会としての指針は今後の検討課題。ケアマネ個人としては救急車への同乗や病院での付き添いはケアマネ業務の範疇では無いと思うが、病院への情報提供は必要であると思っている。
- ・地域包括支援センター：独居者には必ずS救セットにお薬情報等の最新情報を書き入れ、救急隊がすぐわかる場所に置くよう指導している。

☆静岡市静岡医師会 在宅包括委員会からの意見

救急車への同乗または病院への来訪は様々な事情があり、事例により対応が違ってくるのではないかな？
静岡市ケアマネット協会としての問題意識や相談数等を意見としてまとめることにより、諸機関との話し合いの場等での検討や提言につながるのではないかな？

☆静岡市ケアマネット協会の取り組み

当該ケアマネからの相談内容と他市情報、在宅包括委員会の意見をケアマネット協会に情報提供した。静岡市ケアマネット協会は「状況把握目的のアンケート調査」実施された。結果は静岡市ケアマネット協会ホームページへ掲載中

☆静岡市における救急搬送への備えとしての現状のツール、制度等

- ・「入院時患者情報提供書」 厚労省様式例有り、入院時情報連携加算対象（算定要件有り）
- ・静岡市静岡医師会 在宅安心連携システム・イエローカードシステム
関連機関 市内公的5病院、消防署、静岡市静岡医師会との間で、一定の要件下で診療所医師が発行。
- ・シズケア・かけはし
（静岡県医師会シズケアサポートセンターHP シズケア*かけはし欄に 「3/14シズケア*かけはし活用推進研修会・04 インストラクターの養成ほか 伊豆の国市、田方郡医師会の事例報告」にシズケア*かけはしを使用した連携の事例が紹介されています。ご参照ください）
- ・静岡市総合病院との各種手続きにかかる連絡先一覧（静岡市ケアマネット協会作成 H29年～）
- ・静岡市消防局高齢者福祉施設等における救急お助けガイドブック
（患者基本情報シート、緊急搬送時の情報提供シート）
- ・静岡市 市民へのS救セットの無料配布（申請が必要です）

みんなで考えよう！！ 独居者の救急搬送時、こんな問題はありませんか？

○患者情報の共有や急変時（救急搬送先）の対応について、病院、在宅の職種間の意識の違いや齟齬はないかな？

- ・各職種の本来業務を相互理解し、職種毎の対応可能な範囲を知っているかな？
（緊急手術、処置検査等本人が同意できない場合は代理意思決定者が必要。ケアマネ、成年後見人は代理意思決定者ではなく同意書への署名はできない等）
- ・様々な情報提供ツールがあるが、記入者と受け手（救急隊、搬送先病院等関わる職種等）、双方に周知され、活用されているかな？
- ・情報提供ツールに掲載されている項目以外に、必要と思われる情報はなかな？
- ・患者の最新情報の発信は適切な時期に届いているかな？

○日頃から急変時への対応や治療方針等について話し合いが行われ、確認の上で記載されているかな？

○急変時への備え（入院時必要物品準備）は出来ているかな？

～今後も引き続き情報を集約していくべき難しい課題です。

今後、類似の状況が生じましたら、当センターにもお教えてください。～

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター（☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 2018年の静岡市消防局管内の救急搬送者の6割は65歳以上の高齢者であり、高齢者の搬送は年々増加していると報告されています。また、静岡市の単身高齢者は2025年には当市人口の15%を占めると推計され、その後の増加も予想されています。このような状況下、“ときどき入院ほぼ在宅”という生活スタイルが推奨され、様々な連携のツールがある中で、単身高齢者の急変時の対応と支援者間の連携の在り方は各職種の果たすべき役割の相互理解と共に、さらに深く細やかな所まで求められているように思いました。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第10号 令和3年3月19日発行

在宅治療における緑内障 《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 塩川あずさ 》

私が往診をさせていただいている患者さんの疾患で最も多いものは緑内障です。この緑内障、日本では中途失明の原因第一位、70歳代では10人に一人という罹患率の高い疾患で目と脳みそをつなぐ視神経という連絡通路がだめになってしまう病気です。

主な症状は視野が狭くなりますが中央は最後まで保たれていることが多く視野は狭いののに視力は1.2あることもしばしばです。数日で失明に至るものもありますが、多くの場合は進行がゆっくりで発症しても痛みがなく、頭の働きにより見えない部分を気づかせないようにするため見つけた時にはかなり進行していることが多く一度視神経が傷んでしまうと失われた視野は元にはもどりません。そのため視神経が傷む前に点眼、内服、手術などにより眼圧を下げ治療をしていきます。

同わせていただく患者さんは何種類もの点眼を毎日されていたり、意識はないけれど点眼を続けている方もいます。果たして在宅の患者さんにどこまで緑内障治療をやるべきなのか？在宅なら治療は不要？視機能の向上は認知機能の向上と関連しておりますし、その方の生活の場がベッド上しかなくとも見ることは人生の多くの楽しみを生みます。こういった治療法なら患者さん自身やそれを支えるご家族、医療従事者の方々が日々の生活の中で無理なく行えるか。どうしたら一生涯見ることに困らない生活を送れるか。日々の往診の中で患者さんの状態や進行状況を把握し、またどうされたいかなど多くのお話をご本人、周りの方々にお伺いしながら方針を決めていく、これが在宅における緑内障の治療において大切だと考えています。

相談事例を共有し一緒に考えてみましょう



相談事例：検死について2例＝訪問診療を行っていないと検死になるか？検死を防ぐために必要な対応は？

- ① ケアマネより：悪性腫瘍加療については総合病院、慢性疾患加療については近医に通院加療中の利用者が在宅での最期を希望している。最近病状に変化があり気が付かない内に自宅で亡くなってしまう心配が出てきた。検死は避けたいが、在宅への訪問診療が行われていないと自宅で死亡された場合検死になるか？検死を防ぐためにはどのような対応が必要か？
- ② 訪問看護師より：訪問診療を受けていないと自宅で亡くなった際検死になると聞いたが、自身の認識では通院加療の場合でも検死対象ではないと認識していたがいかがか？

☆当センターの対応

- ・利用者が在宅での看取りを希望されている場合、看取りに至るまでの状態の変化や急激な状態の変化を予測し、適切な時期に、利用者の意思に基づいた在宅療養を支えるチームづくりが必要となる。特に医療面では、心肺停止時等に医師との連絡が取れず緊急搬送となる可能性や明らかに死亡していると判断された場合の救急車の搬送制限の問題を考慮し、24時間の緊急連絡対応体制を整えておく必要がある。利用者の意向を尊重した上で訪問診療の導入は最も適切な対応と考えられると助言した。
- ・死亡診断に関する情報と救急搬送がされない事例があることを情報提供した。

慌てず、かかりつけ医へ連絡を！

在宅看取りを希望していた利用者の心肺停止等の異状を発見した場合、第一に心がけることはかかりつけ医への連絡です。連絡を受けたかかりつけ医が医師法に則り対応することとなります。

医師法では「医師は自ら診察をしないで死亡診断書や死体検案書を交付してはならない」と規定されています。ただし、診療を継続している患者（かかりつけ医が自らの管理下にあると判断した患者）であれば、医師が死亡時に立ち会えなかった場合でも、医師法の規定に基づき医師が判断し、死亡診断や死亡診断書あるいは

死体検案書の交付がなされます。また医師が死体を検案し、異状があると判断した場合には警察への届け出を行います。

＊死亡の原因が診療に係る疾病であれば死亡診断書、診療に係らない疾病であれば死体を検案の上、死体検案書の交付となる（参照：医師法第 20 条。21 条及び医務局通知、同 21 条、死亡診断記入マニュアル等）。警察に届け出るような事態（一般的に言われている検死）を防ぐためには、かかりつけ医の診療の継続と日ごろの連絡、連携はとても大事なことです。

☆豆知識

- ・**検死とは**：一般的に死体を検分する事として用いられている言葉ですが、法律用語ではありません。死因や死亡状況を医学的に判断する行為に対して、法律用語では「検案」という言葉が使われます。
- ・**検視とは**：警察に届け出のあった遺体及び死その周辺の状況に対して、検視官（検察官、警察官）が医師の立ち合いの基に行う調査で、事件性の有無を確認するもの。（ウィキペディア等参考）

☆救急搬送を要請したが死亡が確認され搬送されなかった。その根拠は？

- ・総務省消防庁救急業務実施基準 第 19 条 死亡者の取扱い
隊員は、傷病者が明らかに死亡している場合または医師が死亡していると診断した場合はこれを搬送しないものとする。
上記基準に基づき、各市町ごとの基準が設けられており、静岡市では静岡市例規集の中に搬送制限が規定されています。（＊参照 静岡市例規集⇒救急業務⇒救急業務取扱規定⇒24 条・搬送の制限）

みんなで考えよう！！

臨終期に家族や多職種が遭遇した状況！

在宅看取りを希望される人々が、安心して穏やかな最期を迎える支援とは！

☆本人は自宅での看取りを希望していたが、苦悶の表情や呼吸が止まる等の症状の変化に支える周囲が戸惑い不安を感じ救急車を要請した。

- ・本人の意志を家族や支援者で共有し、納得しているか？
- ・支援者（主に医師、看護師、ケアマネジャー）は臨終期の症状の変化や急変時の対応を、繰り返し家族等介護者に説明し、不安な時はいつでも支援者に連絡でき、不安を取り除く為の体制を整えているか？

☆かかりつけ医と連絡が取れない。

- ・利用者の意向は、支える側に十分伝わりその体制が整えられているか？ 特に医師が利用者の意向に対応し、診療を継続している患者として 24 時間連絡体制をとることについて確認（了解）はしているか？
- ・支えるチーム全体で、急変時や臨終の際の連絡体制を整え、共有しているか？

☆利用者側は自宅で最期を迎えたいと望んでいるが、在宅医療等の導入に利用者側の理解が得られない。

- ・在宅看取りに必要な在宅医療システムについて、利用者側に理解が得られるよう説明をしているか？
- ・在宅医療を 24 時間支える訪問診療、訪問看護の意義、費用負担等について説明しているか？
- ・他者の自宅への介入に関する不安や負担への対応に心がけているか？

静岡市静岡医師会 グリーンカードによる在宅看取り支援システム

当医師会には在宅看取り支援システムとして、在宅看取り希望患者の看取り時、何らかの事情によりかかりつけ医と連絡が取れない時に在宅往診当番医が対応するグリーンカード（発行要件あり）の体制があります。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター発行 （☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記

「在宅看取りの予定であった終末期の患者さんの急変時に 119 番し、心肺蘇生処置が行われたり、警察沙汰になり、家族は何か悪いことをしたのではないかと錯覚に陥る。大きなトラウマとなり悩み続ける人もいる。1300 件以上の在宅看取りの中で数件苦い経験をした」との長尾和宏氏の一文が「町医者で行こう第 97 回」（web 医事新報）に載っていました。現在、自宅での看取りは訪問診療、訪問看護等の在宅医療制度の進展や多職種との連携により、比較的容易に叶えられるようになりました。また静岡市の施策方針にもなっています。ご遺族や残された支援者達が思いを残すことなく看取るための一情報としてお読みいただければ幸いです。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第11号 令和3年4月30日発行

スルーしてませんか脂肪肝 《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 杉山圭一 》

脂肪肝という言葉はお聞きになったことがあると思います。肝臓に脂肪が多く溜まった状態が脂肪肝です。これまで脂肪肝はアルコールの摂りすぎが原因の大半であると考えられてきましたが、近年、アルコールを摂らない方でも脂肪肝となり、肝臓の病気が進んでしまうことがあると判かってきました。

このように非アルコール性の、脂肪肝から進んでいく一連の肝臓の病態を「非アルコール性脂肪性肝疾患 NonAlcoholic Fatty Liver Disease NAFLD ナッフルディー」といいます。NAFLDはいろいろな原因で起こる脂肪肝の総称です。その多くは肥満や生活習慣病を伴っています。NAFLDの80%~90%の方は長い経過をみても脂肪肝のままで病気はほとんど進行しません。しかし残りの10%~20%の方は徐々に肝臓の状態が悪化して、肝硬変に進行したり、肝がんを発症することがあります。このような病態を「非アルコール性脂肪肝炎 NonAlcoholic Steat-Hepatitis NASH ナッシュ」といいます。

NAFLDの有病率は日本では10%~30%と報告されており、全国で1000万人以上の方がいると推定されています。男性では中年層に、女性では高齢層に多い傾向があります。肝臓は「沈黙の臓器」といわれるように、病気が進行していても症状が現れにくいことが知られています。NAFLDはたとえNASHになっていても全く症状がないことが多いので、健康診断などで「脂肪肝」といわれたら、一度は専門医を受診して検査を受けることをお勧めします。NAFLDの治療は食事療法、運動療法などで生活習慣を改善し、背景にある肥満、糖尿病、脂質異常症、高血圧を是正することです。NASHは放置しますと肝硬変に進行したり肝がんが発生する危険がありますので、初期からの積極的な治療が必要です。

1. 令和2年度 多職種連携意見交換会の報告

テーマ 多職種連携で支える人生の最終段階の意思決定支援と「生命倫理4原則」について
日時・場所 令和3年1月23日(土) 15時~17時20分 於 静岡市静岡医師会館 講堂
参加者 63名(医師、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、訪問看護師、その他)
内容 第1部 ①挨拶 静岡市地域包括ケア推進本部次長 村松広明、静岡市静岡医師会会長 福地康紀
②医療・介護連携推進センター活動紹介 スーパーバイザー 杉山恵子
第2部 ①事例紹介「在宅緩和ケアと医療倫理」 たんぽぽ診療所院長 遠藤博之先生
②講演「人生の最終段階をどう支えるのか~地域包括ケアと多職種連携の中の生命倫理」
静岡大学名誉教授 松田純先生



《講演内容の紹介》

遠藤先生 医療倫理の4原則とWHOによる緩和ケアの定義に沿って、高齢の癌末期の患者様の鎮静の事例を紹介されました。鎮静剤の使用は痛みを感じさせないようにしているが、存在の深みにおいては痛みや呻きは続いている。痛みが取れて治療者が安心してしまうと患者の苦しみの根源から離れてしまう。医療倫理は医療従事者と患者の間を調整する規範であると述べられた。

松田先生 地域包括ケアへの転換は「高齢者が増え、医療費が増えたから」「医療を受ける場が病院から地域に移った」ということだけではない、もっと深い構造があるのではないかと。地域包括ケアの理念は健康と医療の捉え方の転換を迫るとして、日本における西洋医学と近代病院の歴史からひもとかれた。

近年、慢性疾患が医療の主な対象となったことで、病気の性格が変わってきた。それとともに医療は構造的に転換し、医療の目標(医療観の変化)や、医療者と患者の関係も変化する。さらに地域包括ケアシステムの中で、担い手(医師と他の医療職、介護職)の関係も変化しなければならない。

医療のこうした構造転換の中で、WHOの「完全に良好な状態」を「健康」とする定義は弊害をもたらす。健康についてのヒューバーらの新しい考え方、すなわち「病気による苦境を様々な方法を駆使して乗り切っていく力・対応力・適応力・復元力」を健康と捉えなおせば、医療の目標は、治す医療から治し支える医療へと変わる。

生活支援と治療という2つが共に高齢者の生活を支え、生活の質の向上が医療の目標となる。患者の本人らし

い生き方をどう支えるかが重要な視点となり、自律の尊重が一層求められる。アドバンス・ケア・プランニング、人生会議はこの視点から取り組まれ、医療者・介護者と患者本人とのコミュニケーションのプロセスとなる。

自律尊重の原則は重要であるが、自律的な強い個を前提することはできない。人は無力な赤子として産み落とされ、100%依存的な存在として人生を始める。そして最後は100%依存的な存在として生を閉じる。「人間は自由にして依存的な存在である」。依存的な面があるからこそ人間の文化の発達があり、医療・ケアの制度や文化も発展してきた。強い個を前提とせず、人間の弱さをふまえ、患者のナラティブ（物語）に寄り添い、病気になってもやりくりする力（健康）を支援しあう文化が求められる。

慢性疾患を抱える高齢患者に対しては、医師による治療には限界がある。狭い意味での治療だけではなく、患者本人の自分らしさを支えることが重要になる。医師にはできない様々な生活支援や心のケアが求められる。地域包括ケアシステムは、医師を頂点とする専門家の階層システムから多様な職種・地域住民のネットワークへと、ケアの担い手の関係を変化させる。

最後に、20世紀型病院の世紀と21世紀型地域包括ケアの違いをまとめ、「今、起こっている変化は日本の近代医学・近代病院160年の歴史始まって以来の転換」と結ばれた。

* 講義の中で示された松田先生の文献・著書を紹介します。

- 1) 松田純「なぜいま地域包括ケアか 病院医療の歴史的転換」、「健康とは何か」松田純先生ホームページに掲載
<http://lifu-care.hss.shizuoka.ac.jp/>
- 2) 松田純『安楽死・尊厳死の現在 最終段階の医療と自己決定』中公新書

2. 多職種連携意見交換会 4 年間の振り返り

当医師会在宅包括委員会と当センターでは、H29 年度から多職種連携推進（静岡市医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置事業）の一環として多職種による意見交換会を毎年 1 回企画し、開催しています。参加者は以下の目的を共有し、「利用者の自己決定を支える」という継続したテーマで、各専門職が其々の立場から多面的に意見を出し合い、調整し、療養者にとって最大の効果を得るという事を目標としています。

- ・ 目的 ①他職種の活動を理解すると共に、自職種が何を期待されているかを理解する。
- ②自職種の果たすべき役割を認識し他職種に伝えることができる。
- ③意見交換会を通してコミュニケーション能力を高める。
- ・ 多職種意見交換会実施経過

年度	タイトル	内容 :事例発表及び地域包括圏域ごとのグループワーク（意見交換）	参加者
平29	独居者の在宅看取り	独居者の意思に寄り添った在宅看取り事例紹介 発表者:医師、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師 *ヘルパー・ケアマネの関わり紹介	100名、地域包括職員 ヘルパー、ケアマネ、医師 訪問看護師、行政
平30	独居者の在宅療養を支える	独居在宅生活者の事例紹介（2例） 発表者:医師、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師 *意見交換の中に司法書士による成年後見制度の紹介を取り入れた	132名、司法書士、成年後見人 薬剤師、地域包括職員ヘルパー ケアマネ、医師、訪問看護師 行政
令元年	チームで関わるACP	在宅における口腔ケア・医療連携ステーション開設の紹介（静岡市歯科医師会） 自己決定を支えた在宅看取り事例紹介 発表者:医師、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師 *「私ならこんなことはしてほしくない」をテーマにKJ法を参考に意見交換を行った	100名、歯科医師、リハビリ職 地域包括職員、ヘルパー ケアマネ、医師、訪問看護師 行政

令和2年度はコロナ禍の影響でグループワークはできませんでしたが、講演後のアンケートには地域包括ケアとその中での ACP、多職種連携の必要性、自身の役割についての理解が深まったとの記載が多くありました。また「利用者の意向がはっきりしない時、利用者の言う通りにしていれば生命にかかわるのではないか」という自身の不安感について考えながら聴講した」「健康＝やりくりする力という考え方が利用者を支援する上で精神的な支えとなるように感じた」等のご意見がありました。前3回の総括となり、多職種の中で「なんとなく発言しにくい」や「この支援でよいのか？」というような釈然としなかった部分が少し整理されたのではないのでしょうか。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター発行 （☎ 054-247-5788）
〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 本ニュースレターは 11 号発行に至りました。コラム欄掲載の医師の専門的な情報をご活用頂くと共に、相談内容の課題を共有し、多角的な視点や方向性を見出すための参考の一つとしてご利用いただければ幸いです。本年度も本誌へのご理解とご協力をよろしくお願い致します。

医療・介護連携推進センター ニュースレター

第12号 令和3年5月31日発行

みんなで考えよう ACPについて！！

人生の最期を迎える方々を支える際に、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)・尊厳死を、ど真剣に考える。

《 静岡市静岡医師会 在宅包括委員 平野周太 》

アメリカで行われた 4804 名の患者を対象とした The Support Study (JAMA 1996 Apr 24;275(16):1232) によると、「事前指示書(AD)は有効でない。」「①DNR指示の頻度や時期 ②CPRの意向に関する患者と医師の一致率 ③ICUの利用・人工呼吸器管理を受けた日数 ④疼痛 ⑤病院資源の利用 などに差は無かった。」と言う結果が報告された。

患者自身の要因：将来の状況を予想すること自体が困難（不確定要素が多い）。

その他の要因：①患者の意思決定能力が失われると、家族などの代理決定者が意思決定に大きな影響を持つ。

②代理決定者がADの作成に関与していない。

③代理決定者が、「患者がなぜその選択をしたのか？」その理由や背景、価値が分からない。

④医療従事者や家族が考える、患者にとっての最善と、患者の意向が一致しない。

⑤実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・介護ケアの選択に活かせない。

*CPR=心肺蘇生法 *DNR=心肺停止状態になった際に、心肺蘇生法（CPR）を行わないこと

書類があっても役立たない？『ADからACP(アドバンス・ケア・プランニング)へ・・・』

①患者－代理決定者－医療者が、患者の意向や大切なことを、あらかじめ何度にも渡って、繰り返し話し合いを継続し、見直しをかけて行く、プロセスが重要。

②プロセスを皆で、共有することで、患者がどう考えているかについて、深く理解することができる。

⇒複雑な状況に対応が可能。

③患者の人生観・死生観などを含めた価値観を十分に理解し、共有することがなによりも大切である。

ACP（人生会議）において留意が必要な点：話し合いの内容

①内容は生命維持治療や療養場所に限らない。

②大切なことには、人それぞれに優先順位がある。

例えば以下のような生活やケアについての希望が、生命維持治療をどうするかよりも大切な人もいる。

- ・家族の負担になりたくない。
- ・寒がりなので室温は暑いぐらいにしてほしい。
- ・大好きなお風呂に毎日入りたい。
- ・ペット（猫や犬）と最期まで一緒にいたい。
- ・少量でもお酒を飲んだり、好きな物を好きな時間に食べたい。

ACP（人生会議）においての問題点

心の準備が出来ていないと、利益よりも害が多い（希望を失ってしまうことがある）。

時間と手間がかかる。しかし、主治医（かかりつけ医）不在の介入・リードでは、十分な効果が得られないことも多いと考えられている。

ACP（人生会議）の実践：ACPをいつ実施するか？（サプライズ・クエッション）

この患者さんが 1年以内に亡くなったら驚きますか？

⇒もし驚かないのならACP（緩和ケアを含めた人生会議）を開始した方が良い。

一般的なルールⅠ：結論を急がない（患者及び、ご家族の気持ちに十分に配慮する）。

- ・質問しやすい雰囲気づくりに努める。
- ・患者と家族の、病状や予後の理解の確認から始める。
- ・患者と家族の心構え（覚悟と準備）に応じて話し合いをすすめる。
- ・患者と家族が、考えや感情を表出しやすいように心がける。

一般的なルールⅡ：最善を期待し、最悪に備える（Hope for the best, Prepare for the worst.）

- ・まず患者と家族の希望や大切にしていることを尋ね、深索し、共感し、理解する。
- ・そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す。
- ・ともに希望を持ち、ともに心配すること。

⇒『備えあれども憂いあり、憂いあれども希望あり』 と言ったところでしょうか・・・？

患者さん及びご家族が、『尊厳死（リビング・ウィル）の書類-事前指示書（AD）』を所持し、それを医療者に伝えるという可能な限りの準備をしても、それを受け取る側である医療者側が、はるか彼方の別の世界にいるのでは、いつまでたっても患者さん及びご家族は、安心して最期を迎えることができません。「患者の権利法」も「尊厳死法」もない今の日本で、制度としての人生会議（ACP）を推し進めるには、国民・市民の意識を高めるのと同時に、医療者側の意識と質（モラル・哲学）も同時に高めていかなければ意味がないと思う。

すなわち、ナラティブ・ベイスト・メディスン（物語の擦り合わせに基づいた医療）という言葉に代表される様に、「医学という一つの学問の中での思考のかたより、モラル・哲学の欠如」とならない様に、「医は仁術なり」「医療は、科学・医学を礎にしたアートである」をモットーに、日々悪戦苦闘する中でしか、希望の灯はみえてこない気が致します。

コロナ禍の中で、今いちど強い『志（こころざし）』を胸に秘め、と真剣に一日一日を歩んで参りたいと願っております。

静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター 令和2年度の活動報告

1. 相談事業

①相談の方法

単位：件

電話	85	来所	3	病院訪問	2	その他	4	合計	94
----	----	----	---	------	---	-----	---	----	----

②月別相談件数（単位：件）

月別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	12	9	7	7	12	3	10	9	2	7	7	9	94

③相談者内訳 合計94人

単位：人

居宅介護支援事業所	57	地域包括支援センター	22	診療所（医科）	4	訪問看護 ST	3
病院（地域連携室のMSW等	2	病院（病棟、外来看護師	2	その他関係機関（行政・社協等）		2	
サービス提供事業所	2						

④相談内容 合計135件（延べ数）

単位：件

医療・介護の制度サービスに関する事	44	かかりつけ医に関する事	21	在宅療養に関する事	32
入院に関する事	0	退院・退所に関する事	7	ケアマネジメントに関する事	22
介護保険施設入所に関する事	1	その他	8	看取りに関する事	0

⑤相談対応 合計109件（延べ数）

単位：件

相談者への情報提供・指導助言	92	介護（ケアマネ・サービス事業所等）との連絡調整	2	福祉（行政・社協等）との連絡調整	2
退院時カンファレンスや地域ケア会議等への参加	8	医療（医療機関等）との連絡調整	4	退院後のかかりつけ医等支援機関（多職種との総合調整）	1

2. 他機関との連携 個別地域ケア会議への参加 8回

令和2年度はコロナ過もあり各機関との訪問による積極的な情報提供・収集・共有は出来ませんでしたが、個別地域ケア会議には参加させていただく機会が増えました。今後も地域ケア会議等への参加のお声かけをお願い致します。

発行者：静岡市静岡医師会 医療・介護連携推進センター （☎ 054-247-5788）

〒420-8603 静岡市葵区東草深町 3-27

編集後記 当センターの多職種意見交換会では「利用者の自己決定を支える」を継続テーマに開催しています。ACPはその主流となります。今回は医療者として『ACPについて』を平野先生に原稿をお願い致しました。