

終末期・看取り研修会後に考えたこと～医療・介護連携支援事業に携わる立場から～

田村地方在宅医療・介護連携支援センター代表 石塚 尋朗

令和6年12月17日に〔終末期・看取り〕の多職種向け研修会が開催されたが、この研修会終了後、これまでに経験した看取り「人生の最後の迎え方」の様々なあり方を振り返ってみた。最後のときを自宅で迎える患者さんは、長年住み慣れた自宅で家族に囲まれて、それまでの人生の居場所から引き離されることなくその時を迎えられる。多くの場合、眠るように静かにという表現がそのまま当てはまる。遺族についていえば、一人の例外もなく「〇〇してやれなかったことが心残り」などのいわゆる「後悔と自責の念」を語る人ばかりであった。「最高のお見送りができた」という人はひとりも思い出すことができない。

ご本人の希望を受け入れ、訪問診療・看護を受けながら、長年家族ぐるみで自宅看取りを全うしたご家族でさえ何かしらの後悔の念を口にされた。亡くなられた方の実子や配偶者はばかりでなく、義理の娘（お嫁さん）やお孫さんにとっても「何らかの後悔」がいつも付きまどっているようだった。

長年自宅で療養していた祖母さんが亡くなったあとに孫である青年が言った言葉も忘れられない。「いつもお祖母ちゃんに行ってきますと声をかけてから出勤していたのに、その日に限って急いでいたので声をかけていかなかったんです」と。その時の彼の深い悲しみ・後悔に医師としてではなく一人の人間として共感する。実際、なぜか「この日に限って」のようなことが、家族が亡くなる前には起こるのである。このようなことを数多く見聞きしてきたし、実際自らも経験してきた。

人は永遠に生きることはない。そうであれば近い人々との別れの時は必ず来るのだ。

人の旅立ちの姿は様々だ。そしてその旅立ちに立ち会う人々の人生も様々だ。目に見えること、見えないうこと、すべてが生命の最後の瞬間までに凝縮されていく。

ここで我々終末期・看取りにかかわる多職種の専門職は、自らもいつの日か送られる立場になる事実を素直に向き合いながら、同時に他者の人生の最後の日々に立ち会う人間であることをもう一度深く心に刻んでスタートしていかなければならない。

人が感情を持つ存在である限り、残される者たちに心残りの全くない旅立ちはずりあずり得ないということが原点だ。しかし少しでも本人の意思を尊重した旅立ちに近づけることができれば、最後の時に至るまでに十分な理解と信頼に結ばれた関係が築かれていれば、それが家族や親しい人々を後悔と長い自責の念から解放し、そして医療現場や看取りにかかわる多職種専門職との良好な人間関係を持続させ、さらには専門職自らの旅立ちの時への潜在的な不安・恐れを感情をも解消してくれるかもしれない。

だからACPIは、先に旅立つ方の尊厳ある人生のためばかりでなく、すべての人の人生と尊厳のためにあるのではないかと思う。

我々はそこから出発してアドバンス・ケア・プランニングを考え、いちの終わりについて話し合いを始めるべきだと考える。

ACPIとは ～よりよいエンド・オブ・ライフ・ケアのために～

終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能であるといわれる。そこで事前に病状の認識を確かめて、あらかじめ意思を聞いておけばよいのではないかという考えが生まれた。特に回復が見

込めない末期の患者さんの場合ご本人の意思を確認しておくことは大切なことだ。

アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning(ACP)の通常の定義は、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスとされ、患者さんが望めば、家族や友人とともに行われる。

患者さんの同意のもとで話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。

このように本人と周囲の人々の情報共有がなされないと、せっかくの話し合いから得られた情報、つまり患者さん本人の希望や意思が最後の日々に、そして重要な医療措置の決定に反映されないという残念なことになる例を我々医業に携わる者は長年の経験から十分に承知している。

最後の意思が尊重されるかどうか、これを単純に運命と片付けることはできない。十分な情報共有で、たとえ主治医がいなくても急に急変したとしても、当直の医師が十分に申し送りを受けていれば、家族や専門職がACPを十分に理解していれば叶うであろう、いや叶えられるべき希望なのである。

さて、通常ACPの話し合いは以下の内容を含む

- ・患者本人の気かきや意向
- ・患者の価値観や目標
- ・病状や予後の理解
- ・治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

つまり年齢と病気の進行段階にかかわらず、患者さん（この場合成人の）と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこととなる。

私は、このような患者さんの意思を最優先とするべきだと考えている。

ACPIは健康成人に対するACPと 病気を持った患者さんに対するACPIに分類される。

重篤な疾患ならびに慢性疾患を患う方のACPの目標は、患者さんの価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させることだ。

多くの患者さんにとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む。つまり自己の意思の代弁者の選出である。自ら意思決定ができなくなったとき、自分に成り代わって意思決定を行う信用できる人（人々）を選定しておくことが患者さんの精神を安定させる一定の効果を持つといわれる。

ここで重篤な疾患ならびに慢性疾患を持つ方のACPIについてまとめてみよう。

1. 患者さんの健康状態が変化するに従ってACPIは特定の治療やケアについてどうしていくかに焦点が移っていく。
2. 治療の決定は医療従事者とともに、法令に従い、患者さんの変化していく健康状態や予後について共通理解を得ながら行われるべきである。ここで、患者さんには法律の範囲でのあらゆる治療選択のオプションが示されるべきであり、誘導は決してなされてはいけない。
3. 話し合いの内容は、信用できる人（人々）ならびに医療従事者とともに話し合った後で記録に残し共有されるべきである。
4. 記録された内容は、必要となった時にすぐに参照できるように保存され、必要に応じて更新されるべきである。

次に健康成人に対するACPIについて述べる。

いうまでもなく人は必ず生命の終わりを迎えるものであるが、健康で日々死というものに向き合うことのない環境に生きる大多数の人びとにとって「人生の最後の日々をどのように生きたいか」というテーマは、想像の域を出ないものである。

このようにACPが真に必要なものだとして認識されていない状況では不確実な判断のもとで意思を明らかにすることが何をもたらすかもわからず、しばらくすると忘れてしまい、どんな選択をしたかも覚えていない状況になる。要するにACPの本来の役割が果たせないことになるのだ。

しかし、人の寿命には統計では測れない不確実性が付きまどっている。不測の事態でいつ生命の危機に直面しないとも限らない。意思を確認する作業が救急医療現場や死の前日などに短時間で行われることがあるが、この多くの場合本人ではなく医療者と家族との話し合いになり、話し合いがされたとしても医療行為の選択に限られ、そこに本人の価値観や目標は何の意図も持たない。

このため、自己の人生への責任としてあらかじめ意思を明らかにしておくために必要なツールとして健康成人に対するACPが再浮上してくるのだ。

それだけで「救急医療の慌ただしい現場で本人の意思や希望を何も知らないことに愕然としながら必死で最善の答えを出そうとして悩む家族の苦しみ」を回避することができる。

さらにその後長い間「あのときの決断は正しかったのか」と思い出しは悲しみを新たにする「残された人々」の永遠の葛藤を回避することができる。

地球上で起こるあらゆることが人々に人生の不確実性を示すのに伴いACPの介入の世界的な流れが高まりつつある。市民へのACPの普及、市民啓発を行う意義について私たち専門職もさらなる議論を深めなければならない。人々が自身の生き方について確固とした意思を持ち、終末期についても明確な希望を述べることをためらわない「積極的な姿勢で日々を生きる」ことにつなげていくことがACPを普及させていく真の目標だと思う。

「そんなことを考えるなんて縁起でもない」といつて考えることを拒否する人々もいるだろう。それも自由だ。すべてが個々の人間の選択であり、それは尊重されるべきだから。

さて、ここで人生の最後の時期に立ち会うことになる我々専門職の在り方について戻って考えたい。

先に述べた2024/12/17の研修会において以下の点を示された。

「いよいよのときに、慌てずに本人の意思を尊重したお見送りをするために私達専門職に欠かせない視点」だ。

本人の意思を尊重したお見送りをするために、私たちは今後住民の皆さんにとって最善のアプローチを模索していくべきだろう。一つの言葉、一つのしぐさから繊細な感情を読み取り、これからも地域の専門職として、そして限りある生を生きる人間同士として目の前の患者さんに寄り添いながら進んでいこう。

理解と共感のもとで専門職としてあるべき姿を追い求める道に決して終わりはない。

我々すべての「より良き最後の日々」のために、医療・介護に関わる専門職の意識を高めること、ACPが社会的に広く認知され我々に真の福利をもたらすものとなるための環境づくりを目指していかなければならない。

その人らしく笑顔で過ごしていくために必要な存在でありたい

ケアマネの仕事に就いて気づけば約25年。居宅、GH、小規模のケアマネを経験させてもらった中で最近特に思うことは【福祉に関わる仕事をしている人たちって何て素晴らしいんだろう・・・】この一言。介護保険制度が出来て、ケアマネを中心に福祉サービスを受ける仕組みになっているので、ケアマネのプランが医療制度で言うとお医者さんの処方のようなもの。もちろんケアマネのプランが無いと福祉サービスは受けられないことになるが、福祉サービスを提供してくれる様々な事業所、そこで働いているスタッフの方々、そして利用者さんが健康に過ごしていくための主治医

JA福島さくら グループホーム は～とらいふ三春 小規模多機能居宅介護 は～とらいふ三春

ケアマネジャー 金賀 美樹

の先生が存在。それに忘れていけないのは、お年寄りを毎日、お世話しているご家族。利用者さんが、その人らしく、少しでも笑顔で過ごしていくためには、関わってくれている全ての人が必要で大事でありたい存在。その利用者さんの笑顔を守ってくれている、全ての関わる人たちも笑顔で充実した生活が送れ、その笑顔がお年寄りに伝わって、介護の現場が、明るく、楽しい、業界になって、福祉の現場で働いてくれる人がたくさん居る未来になってくれることを想って、日々、ケアマネの仕事が続けていきたいと思えます。

田村福祉会が目指すもの

社会福祉法人田村福祉会は、田村地域に特別養護老人ホームを中心とした福祉事業を5つの拠点で運営しております。田村郡（現：田村市、三春町、小野町）における急激な高齢化に対する福祉施策として昭和56年に誕生した当法人も、幾多の課題と対峙して43年が経ちました。先の東日本大震災原発事故の影響では、施設避難という法人の極めて難しい判断が求められた事もありました。あの時の教訓を、今求められる事業継続計画に活かすことの重要性を強く認識しております。私たちが目指していることは「ひとを大切に」「ひとに優しい」法人であることです。そのために、地域で困っているの方々のお役に立つこうした福祉の原点を忘れる

社会福祉法人田村福祉会

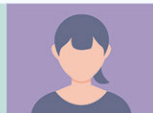
事務局長 宗像 真広



ことなく、職員一人ひとりが“田村福祉会プライド”として実践するための行動指針を策定しました。地域社会の要望に耳を傾け、やさしさと思いやりを持って、気づき、考え、行動することを大切にしています。介護人材の確保が課題とされる中、現在ICT機器を活用した業務の改善に取り組み、介護現場の生産性向上を推進しています。ここを中心に若い世代が活躍を実感できる魅力ある職場環境につながるよう検討を重ねています。これまで培ったノウハウと、革新性・創造性を捉えた持続可能な経営基盤を整え、地域の皆様に良質な福祉サービスが提供できる組織づくりに引き続き努力して参ります。

介護の資格

主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)



人材育成の取組を推進するため、居宅介護支援事業所・グループホームにおける管理者要件が変わり、主任ケアマネジャーであることが管理者の要件となります。(一定の経過措置期間あり)

主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)

主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)はケアマネジャーとしての実務経験が十分にあり、かつ主任介護支援専門員になるための講習を受けて修了することで得られる資格です。(一般のケアマネジャーの上位資格)2006年の介護保険改定とともに新設されました。

主任介護支援専門員(主任ケアマネジャー)と 介護支援専門員(ケアマネジャー)の違い

主任ケアマネとケアマネの主な違いは役割の範囲です。ケアマネは居宅介護支援事業所や介護施設において、利用者さんのケアプラン作成や相談業務などのケアマネジメント業務を担当します。一方で主任ケアマネは、地域包括支援センターなどにおいてケアマネの指導・育成を担い、地域福祉の発展に貢献する役割があります。主任ケアマネは、地域においてケアマネの支援・指導・育成・相談対応を行うリーダー役を担います。保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者との連絡調整、介護サービス事業者との連携体制を構築したり、地域の介護における課題を発見して解決に導いたりすることも役割のひとつです。ケアマネジャーへの指導や助言を行う介護相談のスペシャリストの位置づけです。地域における介護支援サービスを適切且つ円滑に提供するための総合的な仕事を行います。

介護現場特集 小規模多機能型居宅介護



小規模多機能型居宅介護は2006年4月の介護保険制度改正により制度化された地域密着型サービスの1つです。小規模多機能型居宅介護を受けることができるのは以下の条件を満たす方です。

- ・要支援1～2、または要介護1～5の認定を受けている
- ・サービスを提供する事業所と同じ自治体に住民票がある

※介護度が上がっても住み慣れた地域で生活できるようにするため、利用対象者は原則として事業所と同一自治体に住民票がある人と定められています。

事業所では多機能化したサービスを包括的に提供し、住み慣れた地域での生活を24時間365日支援します。介護職員・看護師・准看護師・介護支援専門員(ケアマネジャー)などの職種が主に就業しています。一事業所の登録定員は29人で、1日あたり通いは概ね18人以下、泊まりは概ね9人以下と決められています。なお、小規模多機能型居宅介護は、「**小多機(しょうたき)**」とも呼ばれます。「訪問介護(自宅に訪問したスタッフに介護を受ける)」「通い(高齢者自身が施設へ通って介護を受ける)」「泊まり(短期の施設宿泊)」などのさまざまな介護サービスを組み合わせることで、要介護度が上がっても「在宅で生活を続けられる」ようにすることが、小規模多機能型居宅介護の目的です。これらのサービスはひとつの事業所から一貫して受けられます。要介護者に対し、訪問や宿泊を組み合わせる在宅での生活支援や機能訓練を行います。状況に応じて、必要などきに必要介護を受けられるのが小規模多機能型居宅介護の特徴です。他の介護保険サービスでは、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与を併用することができます。また、2012年の介護保険制度の見直しに伴い、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせた「看護小規模多機能型居宅介護」も創設されました。