

2-7	
主題	アドバンス・ケア・プランニングの取り組みに向けた職員の不安と葛藤
副題	終末期にケアマネジャーにできること

キーワード 1	終末期	キーワード 2	アドバンス・ケア・ プランニング	研究(実践)期間	6ヶ月
------------	-----	------------	---------------------	----------	-----

法人名・事業所名	社福) マザアス マザアス日野 居宅介護支援事業所 多摩川苑
発表者(職種)	安澤綾子(介護支援専門員)、鈴木信行(介護支援専門員)
共同研究(実践)者	杉浦三枝子(介護支援専門員)、成田実津子(介護支援専門員)、齋藤園子(介護支援専門員)

電話	042-582-1672	FAX	042-582-1730
----	--------------	-----	--------------

事業所紹介	特別養護老人ホームマザアス日野に併設しており、介護保険のサービスを安心して受けられるように、ご利用者・ご家族の介護に対する意見を尊重し、総合的な相談に応じます。ケアプラン作成にあたっては、住み慣れた町でその人らしく快適な生活ができるようお手伝いいたします。各機関と連携を図り質の高い支援ができるよう努力しております。
-------	--

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

延命か自然死か、家族が重い選択を迫られる医療現場が映し出されている番組の中で、訪問診療医が「その方がどのような人生を歩んできたのか、人生観死生観を尊重しながら、長期的な視点にたって最善の選択を探る姿勢が大切なのです。」と話しているのを聞いた。認知症などで意思を確認できない場合でも家族や介護スタッフの話から本人がどのような最期を迎えたいのか探っていくというものだった。2025年、団塊の世代が後期高齢者になるという今までに経験したことのない高齢化社会になる。ケアプランもAI化され、ロボットがケアプランをつくる時代になるのかもしれないが、今、高齢者と向き合うケアマネジャーとして終末期に何かできることがないかを考えた。

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

半年、1年ごとにプランを立て、利用者がリハビリをして元気に生活ができるように、考えを巡らす。その後の意向やどのような最期を迎えたいのか聞く機会がない。訪問している中で、利用者とは色々な会話がある。過去は聞くことができてもこれから先どのようにどこで最期を迎えたいのかなど直接的には聞くことはない。厚労省のガイドラインで提案されたアドバンス・ケア・プランニングの考え方を学ぶ機会があり、事業所で取り組んでみてはどうかと提案。「将来の意思決定能力低下に備えて、利用者や家族とケア全体について具体的な治療・療養について話し合う過程」とされ、話し合いを重要視した概念である。認知症や末期癌などによる意識レベルの低下等で意思決定が難しくなる前に、元気なうちに最期を、終末期をどのように迎えたいのか本人の意思決定支援を行う。この話し合いの場に介護の現場からの声が必要であると投げかけられているのである。

《3. 具体的な取り組みの内容》

この実践は、当初、担当する利用者を対象に考えていたが、終末期に対して事業所のケアマネジャーに

意識の相違があり、その経過をたどるものとする。

事業所のケアマネジャー5名の年齢、経験年数のばらつきがある中で、アドバンス・ケア・プランニングの取り組みを提案してみたが、「死に対して敏感な利用者もいるので信頼関係を損なう可能性もある」「そこまでの信頼関係を築いていないので聞くことは難しい」「医療関係のことは難しくてできそうもない、重い、聞きにくい」「自分自身、死に対して恐怖感がある」など不安をもつ意見が多く、自分たちの価値観、死生観について考えることにした。そのツールとして「もしバナゲーム」を使用。あと半年の余命であると仮定してカードを選択していく。「不安がない」「家族に面倒をかけたくない」「自分の代わりに意思決定してくれる支援者がいる」などもしもの時の気持ちをカードで選択する。大切だと分かっているが、何となく避けている話題である。今後終末期を見据えて、前もってケアマネジャーとしてどのように向き合ったらいいのかを考えたい」との意見が聞かれた。とは言うものの、「利用者や家族にどう聞けばいいのか分からない」「もしもの時のことを考えませんかなど話しかけられない」との意見があった。そこで何かツールを探していると、自治体、病院などの勉強会・研修等で啓発運動を行っている自治体で市民向けに作成されているアドバンス・ケア・プランニングシートを参考に事業所で、簡単な4ページのものを作成。

《4. 取り組みの結果》

終末期を視野に入れた具体的な支援を話し合った。「日頃から地域との連携を図る」「退院時のカンファレンスで本人や家族の意向を聞き取る」「定期のサービス担当者会議等で、医療や介護サービス事業所と連携し、情報を共有する」「普段から利用者とのコミュニケーションを大切にし、信頼関係を深める」の4点。すでにアドバンス・ケア・プランニングのできている事例を発表しあい、事業所で作成したアドバンス・ケア・プランニングのシートを見直し、不安を抱えているケアマネジャーから「身近な人から、家族から始めてみたい」「信頼関係を築いている利用者からなら」との声があった。

《5. 考察、まとめ》

事業所5名のケアマネジャーで、何度も勉強会を開催。研修へも参加。何度も話し合うことで、ケアマネジャーの終末期にケアマネジャーができることの意識の経緯をたどることができた。最期の迎え方を聞くことで利用者の生き方をケアプランに反映させることができると理解するようになった。家族でも死期は予測できない例が4割。もしもの時は突然やってくるかもしれない。ケアマネジャーとしての経験を積み、日頃のコミュニケーションを大切にしながら利用者や家族の気持ちに寄り添う支援を行うことが重要であると考えた。またコミュニケーション力の向上が喫緊の課題であるとの認識もできた。「世間話から意向をうかがうことができる」信頼関係を構築することも重要であるとも。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

なお、本研究(実践)発表を行うにあたり、ご本人(ご家族)に口頭にて確認をし、本発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

NHKスペシャル「人生100年時代を生きる」日経新聞 「死期予測できず4割」

亀田総合病院(蔵本光一氏、原澤慶太郎氏監修)「もしバナゲーム」

これからの治療・ケアに関する話し合い アドバンス・ケア・プランニング 神戸大学

もしもの時に備えて自分らしく生きるために(桑名医師会 介護連携支援センター桑名市 木曾崎町)

《8. 提案と発信》

どのような最期を迎えたいのか前もって考えられるように、団塊の世代にとって深刻になってくる問題がある。アドバンス・ケア・プランニングが市民に広がるよう、自治体や地域包括等に提案、発信している。市民に広がれば事業所のケアマネジャーもアドバンス・ケア・プランニングがしやすくなると思う。