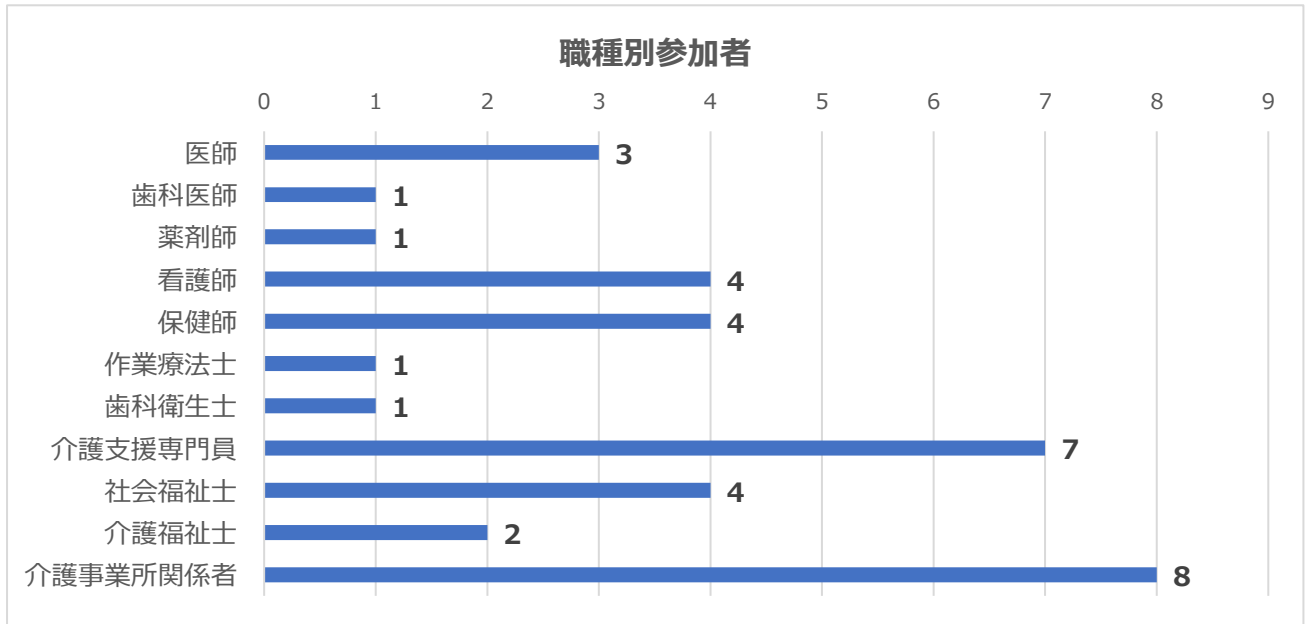


令和3年度 城東圏地域連携検討会

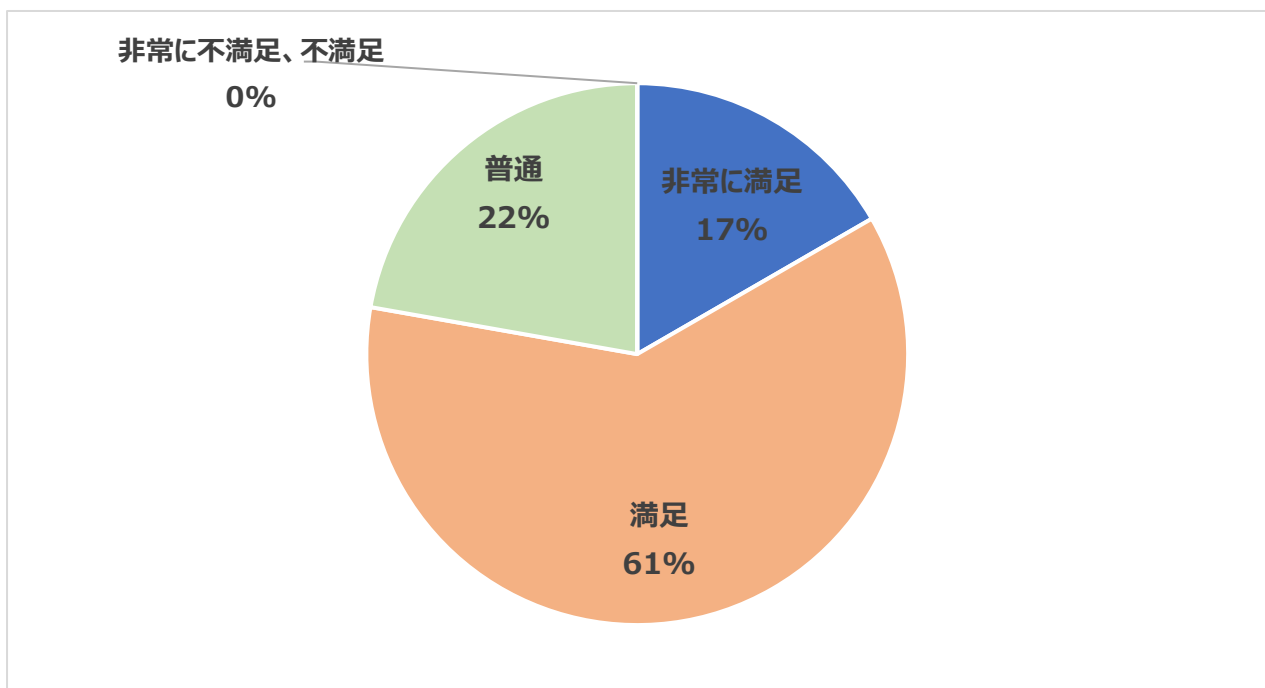
- 1 日時 令和3年9月16日(木) 18:30~20:00
- 2 参加方法 Zoomミーティング
- 3 内容 城東圏域の医療・介護連携について
 - (1)映像「始めてみませんか？人生会議」
 - (2)グループワーク「人生会議（ACP）について」
 - ①それぞれの立場で、ACPについてどのように考えてますか？
 - ②その人らしい人生を送るために、医療に望むこと・介護に望むこと

4 参加者数（36名）の内訳



5 アンケート集計

問 1.本日の地域連携検討会参加の満足度はいかがでしたか？



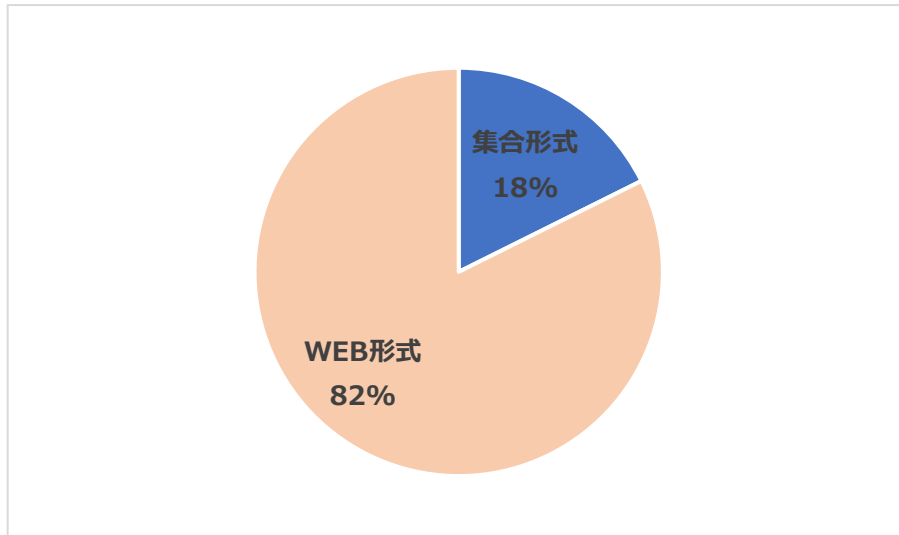
問 2.グループワークについて（話したかったこと、聞けなかったことなどお書きください）

- ・ACP の具体的な進め方について [社会福祉士]
- ・「死にたい」という方への対応について [介護支援専門員]
- ・それぞれの立場での体験談がもっと聞けたらと思いました [看護師]
- ・アルコール依存症や認知症のかたの意思決定をどう支援していくかという過程をもっとお尋ねしたかったです [歯科医師]
- ・今後、ACP の眼をもって診療したいと考えています。多方面からの ACP の普及を宜しく願います。[医師]
- ・エンディングノートについての話になりました。医師の皆さんがおっしゃられていたように、ACP をまず自分のこととして考えてみるのが大切だと感じました。昨今はヤングケアラーなども増え、若い頃から自分や家族の生き方について考える機会、きっかけとしてエンディングノートが活用できるのではと思いました。[社会福祉士]
- ・本人の自宅での生活を続けたいという考えと家族の延命の為、安全の為施設に入所してほしいと考えが分かれた時どういう風に考えをすり合わせていくのか、聞きたかったです。[介護事業所関係者]
- ・様々な立場での意見を聞くことができて新鮮でした。個別的な事例ももう少し聞きたかったです。[看護師]
- ・各業種の方の現状や状況に対しての思いなど聞いて勉強になりました。[介護事業所関係者]
- ・いろいろな方の話を伺えてよかったです。ACP や終活の話をするのに躊躇してしまっていますが、皆さんがどのように切り出されてくるかお尋ねしてみたいです。[看護師]
- ・皆様の意見を聞くことができてよかったです。改めて ACP の大切さを学ぶことができました。[看護師]
- ・自分自身の体験談も話ができたらよかったです。[介護福祉士]

問 3.多職種連携で良かったこと、困っていることなど教えてください。（多職種に対しての要望や困りごとなど）

- ・訪問看護ステーションに所属しているリハスタッフのため、看護師にすぐ相談できるのがよいです。[作業療法士]
- ・いろいろな考えにふれられ、良かったです。[薬剤師]
- ・多職種に関わることは同じ利用者さんに対してそれぞれ視点が違うのでよいと思います。[看護師]
- ・コロナ禍で情報共有が難しくなっていると感じます。特に施設入居者さんの状況が見えにくくなっています。[歯科医師]
- ・それぞれの立場で種々の考えがあり参考になります。こういう形でもいいのでいろんな意見を聴きたいです。[医師]
- ・人生会議や IC、カンファレンスなどの話を整える機会をもてるのが一番であるが、それができずに困っているのが現状でないかと思います。訪問看護師として、そのような機関や職種の方々へ働きかけが行えたらと思います。[看護師]
- ・医師や看護師の視点からお話が聞けた点がとても勉強になりました。[介護事業所関係者]
- ・コロナ禍で、担会も大勢でできず、情報共有がしにくく困っています。[看護師]
- ・情報共有を細やかにいき、目標を同じに動くことが、その方の想いに寄り添えると思った。[看護師]
- ・いろいろな多職種の方の意見が聞いて参考になりました。施設でも利用者の ACP に取りくみます。[介護福祉士]
- ・利用者にとって情報共有できるので、把握しやすい。[介護支援専門員]

問 4.①新型コロナウイルス感染症収束後は以前と同様に集合開催となりますが、参加しやすい開催形式を教えてください。



問 4.②このような検討会（内容）にしたい、こんなテーマが良いなどありますか？

- ・看護師、訪問介護の方からケアマネへの要望はないですか？ケアプラン検討はずれしていないかな・・・ [介護支援専門員]
- ・フレイル、オーラルフレイル、オープンダイアログ。 [歯科医師]
- ・認知症や独居などの内容について勉強できればと思います。 [介護事業所関係者]
- ・もし、ACP の研修会があれば、実際にエンディングノートに記載してみたり、もしバナカードなどもしてみたいです。 [看護師]

問 5.その他、ご意見やご感想

- ・大変勉強になりました。ありがとうございました。 [介護支援専門員]
- ・大分市のエンディングノートをまだ拝見したことがありません。 [介護支援専門員]
- ・ホスト様、お疲れ様でした。 [介護支援専門員]
- ・勉強になりありがとうございました。 [薬剤師]
- ・他の圏域と比較しながらの説明は、今までになかったので城東圏域の現状がよくわかりましたし、ACP を知ってもらう活動の大切さも感じました。 [看護師]
- ・お誘いありがとうございます。素敵な方々とともに地域医療の一端を担えていることにいつも元気をいただいております。
[歯科医師]
- ・人生会議を行うことで、どう死について考えるかということより、どうやって生きていくか、どんな人生を過ごすかと前向きな考えになれることを知れてよかったです。 [介護事業所関係者]
- ・ACP について初めて考えるきっかけとなりました。今後利用者様等の想いに、より答えられるように努めていきたいと思っております。
[介護事業所関係者]
- ・音声少し途切れることがあり、聞き取りにくいことがありました。 [看護師]
- ・途切れることで聞き取りにくさがありました。 [看護師]
- ・今後もいろいろな研修会に参加させてもらいたいと思います。 [介護福祉士]
- ・他事業所の方々の顔がみれてよかったです。 [介護支援専門員]

6 グループワーク協議

1 グループ

テーマ①：それぞれの立場で、ACP についてどのように考えていますか？

医師

- ・訪問診療のクリニックで訪問診療しているので、初回に訪問診療したときに患者さんの様子を見て、そこからなるべく早いうちに家族や施設のスタッフと今後のことについて話し合う機会を設けようということを努力目標にしている。そろそろ通院するが難しいので訪問診療にした方がいいよねと言われ、依頼を受けて病院から退院して来るが、病状について、次回悪化したときにどうするかといった話を家族、本人、スタッフの中でしっかり共有されていることは少なく、家族と本人の思いがかなり違っているということをよく経験する。そういった中なるべく早いうちに集まって共有できるといいと思いながら進めているが、なかなか難しいのが現状。
- ・何よりも、こんなことについて考えたことがありますかという投げかけに対して、「初めて聞きました」と。先ほども心不全の人の予後のこと、今後のことについて話があったが、例えば心臓が悪い。心臓が悪いと突然死することがある。今回入院した時に胸が苦しくてドキドキして息苦しくて入院したが、「次に同じことが起こったらどうしますか？」といったような比較的考えやすい質問だと思うが、「今まであまり考えたことがなかった」という答えが返って来ることが多い。先ほども A C P についてやった方がいいという人は 6 割で、実際なされているのは 6 % だという話があった。きっかけがなかったりそこまで思いが至らなかったり、ACP が始められていないということが非常に多いので、訪問診療医としてはそのきっかけを作って、問題を投げかけていく立場にあると思う。

訪問看護師

- ・訪問看護に携わりだして 1 カ月経つが、本人と家族とがあまり話ができず、双方の意見を聞きながら、調整することの難しさを実感している。そういったところの懸け橋になれるような介入を今後もしていかないといけないと思っている。人生会議、ACP というのを行っていかないと、何かあったときのためにということもあるので、重要性をすごく感じている。

作業療法士

- ・本人が言っていることと家族が希望していることと食い違うことがあったり、一緒に暮らしている中で介入する時に悩むこともある。しっかり話をしないと発見できないので、その間に入ってお互いの話を聴くのも大事な仕事なのかなと思う。

施設管理者

- ・グループホームで働いているが、以前は特養にいた。特養に入所している人は自分の意思をなかなか表せない人が多く、家族の意見を聞いたり、推定意思の部分が多いと思う。グループホームに入居される人で自分の意思表示できる人はもちろんいるが、入居の際に家族に今一度、入居して年月が経って終末期を迎えるときに、どのような終末期を迎えたいかを本人含めて家族の皆さんで話をしてくださいという機会を持つように投げかけている。

介護福祉士

- ・ACP というのは初めて聞いた言葉で、今回の研修に参加するにあたって、一所懸命調べて、こういう考え方があるのを知るよききっかけとなった。実際、現場の職員でこういうことを知らない人がほとんどだと思うので、しっかり学んで、持って帰りたい。
- ・ただ、終末期という話を家族、本人にどういふうなきっかけで話を持ち出したらいいのか？ドキッとすることもあるのかなという印象もあるので、皆さんがどういふうに話を持ち出しているのかが気になる。ただ、大事な話だと思うので、常日頃からしっかり信頼関係を築いて、利用者にそういう話を持ちかけられるように、相談されるようになりたいと思う。

福祉用具専門相談員

- ・福祉用具の仕事の中で、例えば要支援の人であれば、先ほどの動画のステップ 1 のところで大事にしていること、大切にしていることを、例えば買い物に行ってストレスを発散するといったニーズのお手伝い。要介護 3 とか 4 の人で寝ている時で、痛みを伴うようになってくるときに、ベッドやマットレスなどのサービス提供といったことになる。担当している利用者で、なかなか自分で意思をつたえられない人がいて、なるべく家族、旦那さんや娘さんの意思を尊重していくことを念頭には置いているが、なかなか本人の意思を吸い上げられていないということがひとつ課題、ポイントなる。

介護支援専門員 A

- ・ケアマネジャーとして関わる中で、その人らしく生きる、自分らしく生きたいというのが大事なところだと感じるけど、自分で意思表示が難しくなってしまった段階だと周りの人が推測するしかできなくなってしまう。できるだけ自身の思いが反映できるように意思決定

のプロセスがとても重要なことだと思う。

- ・色々と事前に話し合って決めたことでも後になって変わることがあると聞いているが、そういった中でもできるだけ本人の意思に沿ったことが尊重できるように、家族や周りの人達のためにもこういった機会をできるだけ早く、また繰り返し持つていけるとよいと感じる。

保健師（長寿福祉課）

- ・業務の中で利用者に関わることはなく、普及啓発で関わる。本人や家族のためにも ACP について考えることが大事だと思うので、本人、家族を含めて、周りの人がその意思を決めていくために、何回もそういうプロセスを踏むことが大事だと思う。

介護支援専門員 B（地域包括支援センター）

- ・要支援の人の支援を主にしているが、その後の人生のことを考えるのは要支援の人がベストなタイミングだと思うので、そのあたりを含めて支援をしていかなければならないと思っている。関わっていく中で、自分から先々のことを今のうちに決めたいという人もいて、そういう人は自分で動いて、考えて、調べて色々決めていく。そういうことに興味がない、無関心な人に、どう考えていただくかが一番の課題と思う。ナイーブな問題なので、いきなり最初に話していくのは難しい。先ほどのビデオにあったように「二番目に信頼できる人は？」というところがあるので、信頼関係を作っていくって徐々に本人や家族と話をしていくって最終的に悔いの残らない支援ができればよいと思う。

認知症地域支援推進員

- ・今の仕事で ACP について考えることは余りないが、以前病棟でナースをしていたときは、考えさせられたことがいくつかあった。急変した高齢女性がいて、家族、息子さんが駆けつけたときに先生が、「延命どうしますか？ ACP どうしますか？」と話した。その後息子が「延命しないという選択をすると親不孝ととられるんじゃないかと思うと、その時に返事ができませんでした。どうしたらよかったんですか？」と聞かれたことが印象に残っている。
- ・透析患者で発語もなくて、自分で体位交換もできない人。その人が透析を回している時にふと見たら涙を流していた。それを見たときに胃痙もしていたし、本当にその人にとって今のこの生き方が望んだことだったのかと深く考えたことがあった。ACP という問題がその当時からあまりなかったが、ACP という考え方が広くいろんな人、福祉、医療関係者だけでなく、普通に話せるような環境があればいいなと思う。

大分市在宅医療・介護連携支援センター

- ・ACP については、毎年どこかの圏域の検討会で話し合われてきた。その中で、ACP について、個人的にも基本的に押さえておくべきことがあると考えて資料を作ってみた。例えば、先ほどの動画でも紹介されていたが、厚労省のガイドラインに重要な改訂がなされていたり、大分市エンディングノートが作成され市のホームページにもアップされている。
- ・いずれにしても死というのは本人にとって家族にとっても決して望ましいことではないので、自発的に、進んで考えるのが理想だといってもなかなかそれができないと思う。仕方なく考えざるを得なくなるというのが実態だと思う。意識調査の中で、「話し合うきっかけとなった出来事は何か？」という問いがあり、一般の国民、専門職にそれぞれ訊いているが、「ご家族等の病気や死」が第一となっており、ついで「自分の病気」との回答が多くなっている。いつのタイミングで、どういう話し合いをするか、こうしたことがそのきっかけとなると思う。

司会

- ・残念ながらコロナ禍のため ACP の普及啓発が 2 回ほど延期になったが、一般の人への普及も進めていきたい。周りの人の死や自分の病気が話し合いのきっかけとなるということなので、自分なりに考えていく。病気をきっかけに医師からすすめてもらうという取組をやっていければと思う。
- ・自分で話ができる人であれば是非本人や家族の話を聴いて、そこにズレがあれば懸け橋となり、埋めていくことが重要だと感じた。自分で話ができない人は身近な人が推定意思を、「こんな感じです」と伝えていけるように働きかけると本人にとってよりよい最期、生活に向かっているのではないかと感じた。

テーマ②：その人らしい人生を送るために、医療に望むこと・介護に望むこと

医師

- ・認知症が死に至る病であるという認識が、家族もそうだが施設のスタッフも含め日本の国民の中には非常に乏しいという印象を

持っている。一般的にはアルツハイマー型認知症だと発症から 10 年から 15 年で経口摂取が困難になってきて胃瘻とかの話をしなければならぬ状態になってくることが多い。生命予後的にはそのくらいと言われていて、欧米では基本的にエンドオブライフケア、緩和ケア病棟とかの入院対象となる疾患でもある。先程訪問診療を開始するときになるべく話をするようにすると話したが、認知症と診断されたとき、グループホームに入所するとき、ずっとケアを続けていく中の途中で話を始めると、「私悪いんだろうか？」というふうに本人や家族が思うことがあるので、なるべくファーストコンタクトのときに話をしてもらいたい。

- ・認知症を含め、心不全だったり呼吸不全だったり色々な病気で将来的に命が脅かされるという状況をしっかり認識し、特に認知症について将来的には口からごはんが食べられなくなるかも知れませんという思いをそんなにひどくない段階から家族に繰り返し伝えていくことで、その後の ACP とかのきっかけができるんじゃないかと思う。そういったところを是非積極的に話をしてもらいたいと思う。

認知症地域支援推進員

- ・確かにファーストコンタクトの時に話をするのは大事だが、認知症と言われた時に、さらに ACP の話をすることには、ちょっと心のダメージというところで……。確かにファーストコンタクトのところは判断力だとか、いろんな面で大事だと思うが、難しい。若年性の認知症の人にも関わっているが、特に進行が速いし、やはり ACP のことは難しいと思った。

介護支援専門員 A

- ・認知症という単語に対する抵抗感というか、まだまだ偏見も含めて強いものがあるなどは感じる。敏感に反応する人がたくさんいるし、デリケートなところなので、こちらもかなり気をつかいながら話をしたり関わったりすることが多い印象がある。反面、進行していく病気でもあるので、できるだけ早い段階からそういった話をしていけるようにといったところの難しさを感じる。そのためにも、こういった ACP の存在とか話し合う機会を活用していけるとよいと感じる。

2 グループ

テーマ①：それぞれの立場で、ACP についてどのように考えてますか？

訪問看護師

- ・現場では考えさせられる立場、場面が多い。医療と介護の保険改定の際に、アドバンスプランニングを含めて話をしなければならないとすすんだが、看護師からすすめるようになると病状説明というところがとても難しい。医師にそのことを話すと、現場の看護師が一番よくわかっているから話をしてほしいと言われ、とっかかりが難しいと思う。
- ・高齢者は、自分の死について考えることがなかなかない。今までそうしたことがタブーとされてきた背景があるので、そんなことを言われても……。というのがある。大分は田舎なので特に難しいのかな？
- ・訪問している 50 代の方は、家族を含めて考えないといけないと話をすると、前向きに、自分のこととして捉えられている。はじめが難しいなと感じる。
- ・タイミングがあればいいが、在宅はそうした話し合いにもっていく時間もとれず、難しいなと思う。

医師

- ・人生会議について今まで考えたこともないし、話をしたこともない。すでに認知症の方は、日々のことを話すくらいなので話をしてもどうしようかという感じ。家族の人がいれば、人生観などを聞き、どう思っているかが伝わってくる。医師としては、寝たきりから解放される、認知症がなるべくすまないようにということばかり考えてしまい、本人や家族に聞いているつもりだけど、押しつけているのかもしれない。漠然と「どう考えているんだろうか？」と思ったことはあるが、「明確に話しましょう」と言われて、皆さんがどういう風になっているか聞いてみたいと思う。

歯科医師

- ・歯科医としてというより、1 人の娘として直面した体験がある。昨年豪雨があり、被害を受けた地域の近くに実家がある。実家はしいたけをつくっていて、豪雨で屋根の雨漏りがした。実家の屋根に登り、ブルーシートをかける作業などをして、下から父がはしごを支え指示をしていた。作業が終わり降りようとする、父が転び、石で頭を打っていた。助け起こすと頭から血が噴き出し、ドクターヘリで運ばれ、後遺症はあるも 1 年たって回復している。父が回復するまでの間、しいたけの山があるが自身も姉も嫁いでおり、

後を継ぐことができないなどの話をしたいが、「辞めたくない」の一点張りで話がすまない。そうした話をしていくと、父は何も話さなくなってしまった。娘として、父がどういふことを望んでいて、どういふ人生を送っていきたいのかを何も聞けないまま亡くなってしまうんだなと体験した。その時にいろんな後悔があり、こちらが「こうしてほしい」ではなく、「どういふ余生を生きたいか？」をまじめに聞いてなかったなど。その時は回復するかわからず、とても後悔し、とにかく元気になってほしいとがむしやらにできることをした。家の中を片付け、書類を整理する中で父が回復していったので、聞くことができた。本人に聞けるうちに、本人がどういふたいのかを聞くということの大切さをすごく感じた 1 年だった。父との関係において、もし亡くなったとしても、この経験があるのであまり後悔しない、聞けたなという満足がある気がする。

- ・仕事上、そうした想いがあるのであれば、聞けるように仕事をしたいなと思っている。1 回 1 回、深く聞こうとすると逃げてしまうので、かなり軽めのやつ、「どう思っている？」とかを、毎日会う中で少しずつ、「これは気にせず言ってもいいんだ」という感じで話せるようにしたい。

介護福祉士

- ・以前は病院に勤めていて、ターミナルの人が多かった。看護師や医師より、介護職の方が患者さんと接する時間が長く、なるべく早く発見する、できる、気づく。それが自分達の仕事かなと感じている。

介護支援専門員

- ・どんな風に生きていくかということで、アルコール中毒の人や精神的にダウンしている人もいる。どうやって気持ちを交流していけばいいのかを考えている。自分のエンディングノートを書くこと、自分の最期を誰に託すかを考えている。
- ・利用者から聞き出すとき、ダイレクトに言える人と「こういうノートがあるから書いてみませんか？」のどちらかを選んでいる。ある程度信頼関係ができてから、「大事な人へのお手紙みたいなのを書いてみませんか？」とすすめたりする。どうやって死を迎えるのかということは、今をどう生きるのかということ。それを考える時間なんですと話している。
- ・何度もアルコール依存で病院に行っている人は、枯葉のように布団に入っていて、私がこのまま帰るとそのまま最期を迎えるんだろうなと思う。そうなる前に話をしようと切り出しているけど、自分では決められない。「このままだと亡くなりますよ。どうしますか、救急車を呼びますか？」と言っても黙っている。それを 2 回も 3 回も半年ごとに繰り返し、キーパーソンの息子さんに連絡しても迷惑だと言われる。息子さんに手紙やメールで連絡するが無視されてしまう。生きている間に、「本当はどうしたいのか？ 怖くないのか？」を、皆が考えていることをわかってもらえたらいいな。延命についても答えをだしてくれないし、だしてくれても本当の気持ちなのかわからない。死ぬ前にどう生きたいかを考えられたいなと思っている。

相談員

- ・利用者の人で軽度の認知症がいる。高齢の夫婦で自宅で過ごしていたが、相方が亡くなり、本人は自宅で生活したいが家族の意向で施設入所になった。「何で施設に入れられたのかわからない」という不満が日々強くでている。軽度のうちに自分の意思を共有していたら、もう少し今の生活を納得できたのかなと思う。映像の中で、いろんな人が本人の人生に関わっていることを伝えることで前向きに生活できるようになるんじゃないかということだったので、できたらいいなと考えさせられた。

社会福祉士（地域包括支援センター）

- ・包括は重介護というより、軽度の人にはじめから関わる人が多い。そこから介護度や状態が悪化し、引継ぎをすることが多い立場。地域のサロンなどで大分市が作っているエンディングノート普及啓発としてもっている。早いうちから自分の今後を考え、メモとして誰に託すのか？ 遺言という形ではなく、ノートとして活用していきましようということをしている。サロンや地域の人は元気な人が多いので、このノートを見ながら自分の歴史を書いたりする。
- ・一方で包括として関わった認知症の人がいて、重度の認知症で羸瘦も激しく、お金もおろせない。地域の人からの相談で関わるようになったが、命という手前に、本人をどうしていくかの意思決定の判断というところを機に、認知症の人が重度になった時、周りの人がその人の生活をどのように知っていくのかを考えると、支える術の人と情報が足りない。そんな時にかかりつけの医師と一緒に関わってくれ、今はまだ在宅生活を続けられている。今後、今の状態から変えようとするときに、誰がどう判断をしていくか？ ACP とつながるかわからないが、本人がどういふたいかということは高齢に限らず、自分が元気なうちにノートを活用する。
- ・自身も 4 年前に結婚し、夫の両親に、「1 週間後に会いに行きます」と話したその 1 週間のあいだに義父が急変し、はじめて会ったのが病院のベッドの上で、その後亡くなった。まだ受け入れられない義母をみながら、自分事としてどうとらえていくのかなという

ころから発信していかなくてはと思う。家族や本人と面談していると、意外と子供たちは親の歴史を知らない。日頃からちよこちよこ会議という形でなくても、いろんな人といろんな話をしながらその人を支えていければと思う。

司会

・「どう死ぬかではなくどう生きたいか？」「意思決定を共有したほうがいい」というキーワードがでてきたが、これについて意見を聞いてみたい。

訪問看護師

・訪問して思うのは、話をよくしている家族は人生会議などに限らず、「こう言っていた」「延命はしないでほしい」「延命となる行為、痛いことはしないでほしいと言っていた」という意見が、癌の告知をされて余命宣告はされてなくても、「元氣なうちから本人が口にしてきたからしません」と。人生会議はしなくても、よく話をしている家族は迷いなく、家族全員がそういう意見になる。

・迷うのは背景がみえない独居やキーパーソンがいてもどうやって連絡をとっていいかわからないような家族。最近子どもがいない独居の人も多く、そういう時にはとても迷う。認知症が重度でなくても難しいなと思うことが多々ある。高齢になればなるほど死というのは自覚していても、まだ現実ではないのかなという気もするので、難しいなと思う。

歯科医師

・医師も話していたが、「認知症になってから」、「独居になってから」という「なってから」の状態になって言われても、本人は何のアイディアもない。「どうしたいの？」と言われても、今までその結果その場にいるのであって、そこからどこか違うステージに行きたいと思えていない。よくあるのが現状維持、その多くは聞き出せていないのかなと。周りの人がそれをどう支えるのか？キーパーソンの人がある人は「違うかな？」と思いながらも何かは決めていける。キーパーソンがいない場合、本人も決められずに誰が決めるのか？悩みが深くなっていく。答えはないと思うけど、その人の人生なのでその人と話すしかないのだろうな…ノートみたいな立派な形にならなくても、時系列で積み重ねていけばそれがその人のエンディングノートになっていくのかなと思う。

・歯科で一部分しかその人のことを知らないので、多職種で、大きな輪で支えることが大事な。

3 グループ

テーマ①：それぞれの立場で、ACPについてどのように考えてますか？

医師

・回復期リハビリ病棟の専従医をしている。患者が入院して、リハビリして、元氣になって、退院する。「さあ、家へ帰ろう」「施設に入ろう」といった時、こちら側が「こんな感じかな」と思うものと、本人、家族、家計を握っている人、あるいは遠方に住む昔の両親像をもつ人たち、それぞれが抱く患者さんの像が違っている。こちらが「こうしたらどうですか？」と提案をしたことが、必ずしもそれが正解ではない。少なくとも、本人のためにはなかなかならないんだなと。

・グループホームの入所を勧めた患者さんが、「いやいや、まだ車の運転もしなきゃいけないし、免許の更新もしなきゃいけないんだ」というようなことを話していて、話が全然合わないまま、結局本人は希望しないということで、施設入所が決まらなかった例がある。本当に、患者さんの思いというものを十分に聴いていかないと、満足のできる、本人にとってのACPというのは決まらないんだなあ、というのを、日々経験しているところです。

薬剤師

・以前在宅で伺っていた人で、こちらは「施設に入所したほうがいいのにな」と思ったこともあったけど、本人が「自宅が良い」ということで頑張っていた人が印象に残っている。

介護支援専門員

・本人が「自宅がいい」と言っても、周りから「施設じゃないと難しいんじゃないか」と言われる人が多いが、なるべく本人の意向を尊重して、在宅生活につなげたいとは思っているが、難しいことはある。

・本人は住み慣れた自宅で退院後も過ごしたくて、私から見ても「できるんじゃないかな？」とは思ったが、身体状況に詳しい医師や医療関係者からは「難しいんじゃないか」と言われる。やはり、身体状況を分かっていると思うのは医師だと思うので、その提案

を活かしながら、どうやって今後過ごしていくのか考えていくのは難しいところ。

訪問看護師

- ・利用者が「こうしたい」という気持ち、例えば本当は入院したくないという人が、実際に悪くなった時にはどうしてもきつくなり、状況によって気持ちが変わったりする。それは決して悪いという訳でもないし、その時その時の利用者の気持ちや家族の思い、何に困っているかという聞き取り等、どこまで深くイメージして自宅に帰れるか？というのが人生会議などに繋がっていくのかなあと思う。

デイサービス相談員

- ・退院後の調整などの話し合いはあるが、デイサービスで ACP の対応は特にはない。

福祉用具専門相談員

- ・自分が関わったほとんど寝たきりの独居の人で、本人に何かあっても仕方がないということで、本人と家族が「最期まで家にいたい」ということでベッドやエアマットの対応をした。それに本人の希望にそのようなものがあれば、提供していきたい。

保健師（長寿福祉課）

- ・元気なうちから、自分の気持ちを整理して自分がどういうふうに生きたいのか、どういう最期を迎えたいのかを書いておく。症状が悪くなったら本人もできないし、家族もわからない。早めにエンディングノートなどを活用して、「自分の意向はこうなんだ」というのを伝えるのは大事なかなあと思う。それを家族が、どういうふうに本人と話し合っ、どういうふうになるかっていうのはわからないけど、自分がどうしたいかを気持ちとしてまとめることは大事なかなあと思う。

社会福祉士（地域包括支援センター）

- ・関わっている人で、行ったら急変してそのまま入院して亡くなった人がいた。独居や家族と絶縁状態の人もいて、ACP が、難しい。結局、関係機関と最終的に話をして、「温かい布団で亡くなるのができて良かったね」という話をするが、本当にそれだけしかできなかったのか？もっと早期から介入できていれば、そういったことにならなかったのか？とか振り返ることが多々ある。
- ・地域から、「エンディングノートの説明してほしい」という希望が増えてきていて、急変してからではなく、早期に考えていく体制をとらないといけない。そういう情報提供を私たちがしないといけないと考えている。長寿福祉課でノートを沢山印刷して、デイとかでも配布してもらえるような環境にしてみたいと思う。

司会

- ・母が5年前、末期癌で他界した。告知はそれとなくしたが、余命については伝えていなかった。家族は余命を半年～1年と聞いていたが、実際には1か月で他界した。母がどれだけ希望していたのかと考えた時、「何を希望したかったのかな？」「何を伝えなかったのかな？」、いろいろ考えた時に、周りの家族が「多分こうしたらいいだろう」「ああしたらいいだろう」という思いだけで、申し訳なかったかなあと思う。状態が常に変わるということを自分の中で落としてなかったので、ある程度元気な時にどういうふうに暮らしたいのか、死後や葬式も含めて話をしておくべきだった。その都度くり返し、そういう機会を待つべきだったという反省がある。利用者さんに対して、本人の気持ち・家族の気持ちを聞き取っていききたいと改めて思っている。

デイサービス相談員

- ・デイサービスにおける ACP ではないが、体調が悪くなった時に利用者の思いなどを包括など他の機関に連絡したり、情報をつなげる場が、デイサービスなのかなあと思っている。そういったところで一役買うことができていると思う。本人に「身体の動きが違いますよ」と伝えるところが、デイサービスの場だと思っている。

司会

- ・急変というのはどこでも起こる。そうした時に、情報をきちんと伝えてもらえることは、医療従事者だけでなく介護従事者全てにとってありがたいと思っている。それぞれその場で伝えていただければ、早急にその人の思いを伝えられると思う。本人が在宅を希望し、周囲が入院や入所を勧める時など、その都度、繰り返し話し合うべきかどうかを医師に聞きたい。

医師

- ・おそらくそう思う。元気な人、意思の疎通ができる人は、毎日回診をしている中で、その人の趣味や「お酒が好きなら何で好きなのか？」という生き様や子どもや家族のことを聞きながら、その人のイメージというのを作ってあげて、できれば「あなたはこうしたほうがいいんじゃない」みたいなのを入り込めるといいけど・・・。特にアルコールを飲む人は、できるだけ家で暮らしたいと望んでる人の一

人だと思ふ。何回か関係を作っていくうちに、「やっぱり俺、結局こうした方が良いんだよな」みたいなのを、なんとなく自分で見つけていく。応援してくれるのは、皆さんひとりひとりで、自分を支えてくれる仲間みたいなものが、実は疑似的な家族みたいにたくさんいるとわかったら、本人はちょっと和らいでいくのかなあといつもそんなふうに思っている。

・総合診療科の外来をやっているが、高血圧の人や糖尿病の人も来るし、まだまだ元気な働き盛りの人もいっぱい来る。なるべく多くの雑談していきなかに、「本人が年とったり急に具合が悪くなったりした時にどうしたいか」をさりげなく元気なうちに聞いて、カルテに書きとめるようにしている。利用者さんや家族と接する中で、いろいろな残すものとかがあれば記録しておくことで皆で共有して、「この人こんな感じなのかな？」というのがわかって良いと思いました。

司会

・アセスメントをする中で、1回では聞き取れないことを2回3回と話していくうちに、「ほんとはね、昔こういうことをしてたんだよ」「私の趣味は、こう言ってるけど本当は違うのよ」とぼろっとさりげないところで話が出る。真面目な聞き取り以外で、ざっくばらんな話の中で出ることがある。医師の話にあったように、私たちも、基本情報の中にきちんと書きとめていきたいと思っている。

訪問看護師

・こちらが訪問している時に把握した情報と、本人がデイやケアマネで話した内容が違うことがある。カンファレンスや担当者会議は、そうした情報を統合することができるひとつの場になっているのかなと思う。

保健師（長寿福祉課）

・エンディングノートについては活用したいという声があり、窓口で市民の人やサロンの代表者が取りに行くことがある。エンディングノートがあることを周知されてきて反響があるのは嬉しいが、「自分がどう生きたいか？」「どういう最期を迎えたいか？」という記録をして活用してもらわないと、持っているだけではよくない気がする。ノートを配る際に、手順や趣旨の話も説明することが大事だと思う。

司会

・自分が今まで生きてきて、今後どうしたいのかの意思表示できなくなった時に伝えるために、何らかの手段として伝えるためにくり返しくり返し話し合いの場がもてる環境ができればいいなと思う。

テーマ②：その人らしい人生を送るために、医療に望むこと・介護に望むこと

医師

・臨時の往診に夜間呼ばれていくことがあるが、訪問診療という形でその人らしい形で最期を迎えることが以前に比べてすすんでいる。特にコロナ禍で「病院に入院するよりも、治るのが難しくても最後まで自宅でできることをやってそれでいいという結論になることもある。どんどん希望をだしてもらって、それにこちらがどう応えていけるのかを考えていけるほうがよい気がする。

・大分市が発行しているエンディングノートを、医局の若い医師から最近紹介してもらった。自宅に訪問した際にそれが自宅にあるかというとなかなかなくて、普及の方法について質問したい。

保健師（長寿福祉課）

・病院には数冊程度配布し、市の様々な窓口においている。いろんなことが書けるようになっていて、生き様や最期をどう迎えたいか、財産も記入できるが、全部を埋める必要はない。何の説明もなくこのノートを受け取ると、全部埋めなくてはいけないと思いかねないので、自分の書きたいところだけ書けばいいものと記入についても伝える必要があるので、できるだけサロンの場や包括で受け取りに行く際に説明しながら配りたいと思う。希望があれば医療機関にも配布する。