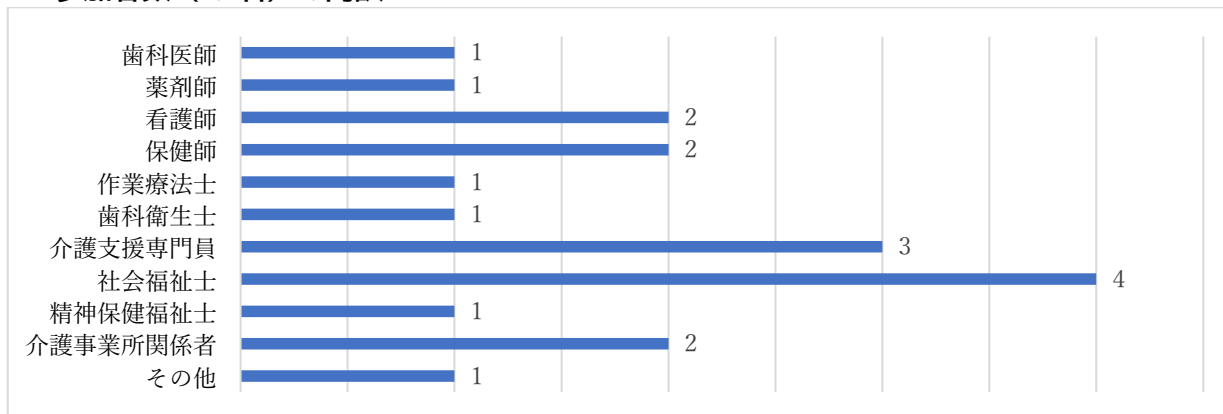


# 第1回碩田圏域地域連携検討会 報告書

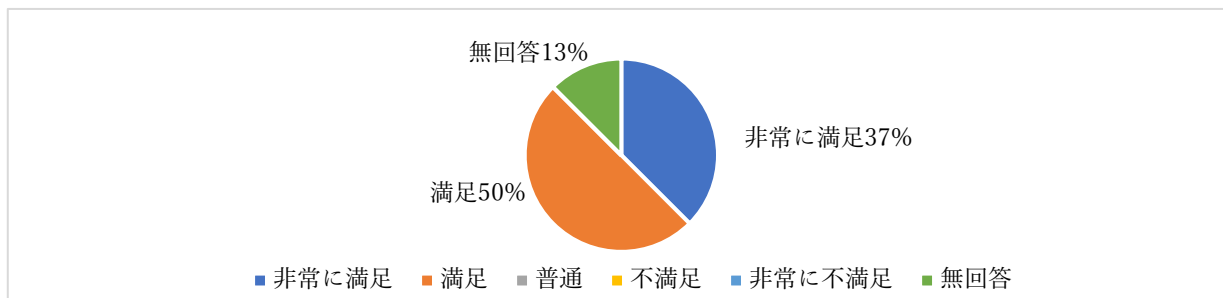
- 1 日 時 令和3年2月12日（金）19：00～20：15
- 2 参加方法 Zoom ミーティング
- 3 内 容 グループワーク 碩田圏域の医療・介護連携について  
「人生会議」の在り方

## 4 参加者数（19名）の内訳



## 5 アンケート集計結果（回答者8名）

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。



- ・多職種の方々から、それぞれの職場の目線で、実情を知ることができた。（精神保健福祉士）
- ・碩田圏域で働く中で地域連携を意識する機会が少ないので、この様に機会を頂けて感謝しています。（作業療法士）
- ・多職種との話しが聞いて良かったです。人生の終わりを決める事は難しいと感じました。（看護師）
- ・色々な方の意見を聞いて、とても勉強になりました。（看護師）
- ・久しぶりの研修でしたが、とても楽しく参加できました。（介護支援専門員）
- ・自分の身に起こりうる事だから。
- ・「人生会議」について、それぞれの考え方が聞いて良かった。ケアマネジャーとして利用者と普段より終末について考えられる信頼関係を築いていきたい。（介護支援専門員）

### 問2.グループワークについて

- ・人生会議を実際に行った事があるか等、詳しくは聞けなかった。（精神保健福祉士）
- ・人生会議という言葉初めて耳にしましたが、本人の意向や希望を汲みとる努力を、我々、周りで支えていく人達が考えることが重要なことだと思いました。（作業療法士）

- ・特にはないが、時間が短いように感じた。(介護支援専門員)
- ・Dr.の意見を聞きたかった。(歯科医師)
- ・あなたなら、自身の人生会議において何を一番に伝えたいのか。

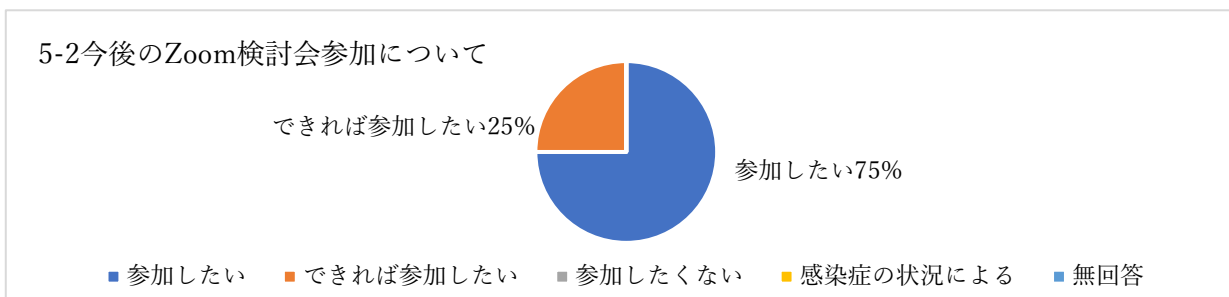
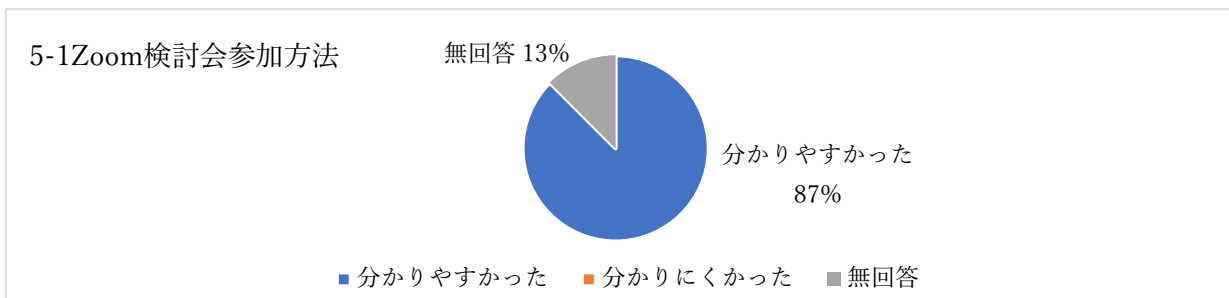
### 問3. 碩田圏域の医療・介護連携について

- ・コロナ禍で、健康教室等の開催が難しくなっていること。(精神保健福祉士)
- ・普段から意識をして課題を感じていないので、今後は意識を変えていこうと思います。(作業療法士)
- ・地域の Dr.の参加と医療・介護について聞きたかった。(看護師)
- ・圏域全部との連携は難しいと思うが、できる所で連携を図っていきたい。(介護支援専門員)
- ・この圏域で括る事の意義について(歯科医師)
- ・大きな病院等との連携は入院時から密な関わりが出来ており良いと思うが、個人のクリニックや医院との連携が取りづらい事がある。(介護支援専門員)

### 問4. 医療介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

- ・春の報酬改定において、今まで以上に口腔、栄養に重きを置かれたように感じています。介護現場での口腔機能、栄養チェック等、書式も通じて学べる機会があればと思います。(精神保健福祉士)
- ・どのような医療・介護を地域の方が望まれているか。(看護師)
- ・医療介護連携の現状について。(歯科医師)
- ・看取りについて (介護支援専門員)

### 問 5.Zoom 検討会について



### 問6. その他、ご意見ご感想

- ・いつも興味深いテーマで研修開催ありがとうございます。今回をきっかけに初めて「人生会議」について深く学ぶことが出来ました。(精神保健福祉士)
- ・本当に患者さんは現状のような終末医療を望んでいるのだろうか？(歯科医師)

## 6 グループワーク

### 1グループ

#### 皆さんが考える「人生会議」についての意見

##### 介護支援専門員

- ・ターミナルケアに関わってきた。重要局面での判断で医療職と、こうした方がよかったのではないかと思うこともある。ケアマネとしてどのように関わっていいか考えていきたい。

##### 作業療法士

- ・利用者は軽度者が多く、最終段階に関わる機会が少ない。ターミナルの方には腰が引けてなかなか話ができない。経験のある方の話を聞きたい。

##### 施設管理者

- ・人生会議は重い。毎日を楽しむのがモットーでやってきたので。その先のことをどのように考えていたか、日々の連続がその方の余生だったりするので、そこをどんなふうに支援するかを考えてやってきた。
- ・グループホームに入ってきて最期を迎えられる方。身体状況、病気の進行など医療が必要になり、いよいよグループホームで過ごすのが難しくなってきた方にとって、病院、その他いろいろな選択肢が出てくる中で、家族の意向が反映され、本人の意向、認知症の方などの意向をどこまで聞けていたのか。家族が本人の意向を聞いてなかったのではないかとといったケースなど色々な状況を見てきた。
- ・医療が必要になりグループホームから出て、他の病院に行つて、病院のソーシャルワーカーと関わるようになるなど相談先が変わることで、治療の方向や生活の場のことで悩む家族も増えてきている。
- ・認知症がありながらも本人の意向をくみ取りながら、家族の思いをどこまで反映できるのか、関わる人たちの連携や、寄り添いが必要と考えて日々学んでいる。

##### 司会

- ・最期のときをどう迎えたいかをといった話の切り出し方、切り出すタイミングが難しい。認知症の方は自分で意思決定するのがなかなか難しいところもある。在宅の場合は、ケアマネとしてそういう話に持って行くことをどう思うか。

##### 介護支援専門員

- ・ケアマネはその方の人生に関わっている時間は長いですが、どちらかというとな本人の思いよりも家族の考えが優先されてしまい、自分らしい最期を迎えるというのはなかなか難しいと感じる。コロナ禍で病床ベッド数も限られている中で、命の選別もあり、日本ではそこまで危機的な状況ではないが、これからそのへんがより重要になってくると思う。

##### 司会

- ・施設で働いていて家族や本人から、こういう最期を迎えたいといった話はあったか。

##### 看護師

- ・家族から延命の話があったことはある。最近は延命をしないでほしいという話が多い。延命して意思疎通もできずに長く生きている方が辛く見えるという。本人の意思として少しでも長く生きていきたいという方もいる。本人の気持ちと家族の気持ちを考えたときに、ずっと見ていく家族も本人の気持ちも大事にしたいと他の職員とも話しをしている。
- ・先日亡くなられた方のご家族は、延命措置をしなくて本当によかったと言われていました。コロナ禍では最期に顔を見られない家族もいるので、入院して会えなくなってしまうことの方が

寂しい。延命処置をしないで会えたまま最期お別れができたのがすごく良かったと言われていましたが、コロナ禍ではそういう家族が多いのかなと思った。

## 司会

- ・歯科には、介護を利用していたり、生活に困っているという方はいますか？

### 歯科医師

- ・訪問治療はしていないが、診療所のある3階まで車椅子や歩行器を使用して来院される方はいる。本人がどうしたいという意味が歯科治療でも分からないときがある。本人は入れ歯だけで他のことはしなくていいということや、家族がこうしてくださいということもあるが、正直に言うと我々の判断がいちばん多い。
- ・昔からパターナリズムがあるといわれるが、本人の意思を聞くよりも、医者言うとおりにしてしまうことがある。終末医療もそれが非常に大きな問題になっていると思う。インフォームドコンセントで患者が説明を聞いても、今の医療の殆どは医者言うように任せてしまい、本人の意思はあまりない。終末的には沢山の管に繋がれて亡くなっていく、本人が本当に望んでいるかどうかは分からない。家族も専門的なことは分からないため、殆どドクターの意見のままで、患者がどうしたいかは聞いていないというのが現状ではないかと思う。
- ・口の中は健康でいてほしいと思う。費用の問題もあるが、インプラントをされる方には最期まで自分で噛んで食べたいという気持ちがある。介護士からインプラントが入っているので、インプラントを取ってほしいと言われることがある。実際に取った患者もいたが、総入れ歯になって噛めなくなりどんどん体力が落ちた。口腔機能の低下を計っているが、総入れ歯になるとよく噛めず、体力的にも落ちていく。フレイルもオーラルフレイルといって、最初に口から落ちていく。噛めずに、舌の動きも悪くなる、誤嚥性肺炎も起こしやすくなる。その患者は最終的に胃瘻になった。本人に噛みたいという意思があるのであれば、インプラントで噛めるようにしてあげたいと思う。

### 司会

- ・自分たちもドクターからの医療的な方針などを参考にさせていただく、そうなんだと感じるところが大きい。本人にしても家族にしても先生が言うからそうなんだという部分が大部分を占めると思う。

## 司会

- ・ドクターと家族、本人、ケアマネジャーなどの意思の疎通、気持ちの共有についての取り組みはあるか。

### 在宅医療・介護連携支援センター

- ・冒頭に地域包括支援センターから国民の意識調査の説明があったが、認知度についての設問があったが、国民の75.5パーセントくらいがACPのことを知らない。概念はなんとなく分かっているかも知れないが言葉を聞いたことがない。人生会議という愛称もできたばかりでまだよく知られていないというところがあると思う。
- ・話し合いは、本人や家族が切り出さないとできない、元気なうちからはできないと思う。そういう意味では医療・介護関係者だけではなく、市民の方に元気なうちからこういう取組が必要ですよということを浸透させていかないと、話し合いを拒否されたり理解されず、円滑に進まないと思う。
- ・センターとしても、検討会等でACPを採り上げることが多くなった。市民講演会でも看取りも含めて、死についての話し合いを進めていく必要があると考えている。

## 司会

- ・話を振りづらいところがある。利用者と日々関わっている中で、どのタイミングで意識してもらうのか、自分から死んだらこうしてくれとおっしゃる方はいるが、まだ少数派と思う。

## 司会

- ・行政として地域や市民に向けて今後取組があるか。

### 保健師（大分市長寿福祉課）

- ・市で作成しているエンディングノートがあり、市役所の窓口や包括支援センターなどにも置いている。話を切り出しにくいという話があったが、市民の方に、誰もが最期を迎えるということで、元気なうちに自分の意思、意思決定をエンディングノートに示して、自分の希望を家族に伝えるといったことが今後、広まっていけばいいと考えている。
- ・サロンや老人会などいろんな機会を通じて、大分市が作成したエンディングノートの啓発を行っているが、今後も進めていきたい。

## 司会

- ・本日もエンディングノートをくださいという相談があった。以前、自分で書いてみたことがあったが、感慨深いところがあった。自分の人生は、たかだか数十年ではあるが、思い返すことがあって、こうしたいとか誰に見て欲しいということを思い出すきっかけにはなった。全部書いてはいないが、触りだけでもそういうことがあったので、是非、勧めてみるといいと思う。

## 歯科医師

- ・延命措置を望まない人が増えてきたように思うという話があったが、ドクターから終末ケアの話があったとき、延命措置は望まない緩和ケアだけでいいと望んだときに、ドクターに言うのはドクターの威圧も感じて勇気がいる。
- ・エンディングノートもその時になってみないと書こうとならないと思う。健康で、元気なときは、将来自分がどんな状態になるのか分からない。自分は元気だと思っても、認知症や癌になることもあるので、入口のところでエンディングノートを勉強できればいい。
- ・延命、緩和に移行するとか選択肢が沢山あれば、そちらの方に進むこともできる、それを本人と話していく。癌を患っていた友人も、痛い痛いといいながら最終的に緩和ケアに進み、こんないいところがあったんだといって亡くなっていった。選択肢を色々示してあげることが大事だと思う。ドクターからの威圧の中でドクターの言うとおりにするのが殆どではないかと思うが、いかがか。

## 看護師

- ・選択肢が色々あるが、本人と意思疎通ができなくなってしまうことに対して、見ていてつらいという家族がすごく多い。
- ・コロナ禍で延命措置をすると会えなくなってしまうということが寂しいみたいで、うちの施設では玄関先で窓越しではあるが会えるようにしている。病院に入ってしまうと会えなくなるという気持ちの方が強いようで、それだったら今、これを最期にしたいという家族が多い。本人がどう思っているかは分からないが、家族の気持ちが優先になってしまうことが多い。

## 歯科医師

- ・本人は家族、ドクターに任せるということで、本当の自分の気持ちを言えないのだと思う。常日頃の会話の中から皆さんが本人の気持ちを吸い取ってあげることが大切だと思う。

## 司会

- ・我々も介護の支援計画を作成しているが、本人の意思がなかなか聞き取りにくい方もいる。普

段からお世話をされているご家族の希望が第一になってしまう。やはり、意思が発せられなくなる前に、本人がどんな人生を歩んできたか、どういった性格で、どういったことを好んでいたかというのも一つの判断材料となると思う。今後、我々もそういったところを意識しながら利用者と接していく。また、家族の意思も十分聞いた上で、本人が本当は何を望んでいるかを伝える橋渡しも担っていかなければならないので、今後も勉強していきたい。

### 作業療法士

- ・はじめて人生会議の話聞いたが、皆さんの意見を聞いていると大事なことだと思う。今後、そういう視点で仕事に当たっていきたい。

### グループホーム管理者

- ・その方の過ごし方、逆に自分のこれからと親のことも真剣に考えていかなければと感じた。

## 2グループ

### ①資料をみての感想やこういう風に考えたという事があればお願いしたい。

#### 精神保健福祉士

- ・資料のグラフを見て、話し合いとか敷居が高い感じがしていたが、一般国民と医師と看護師、介護職は同じような傾向、データになっていて、驚いた。

#### 司会

- ・資料の3のところで話をいただいたが、他の人も資料3を見て、何かあれば伺いたい。

#### 薬剤師

- ・とても大事な事だと考えている。理想的にはそうあるべきという事はわかっているけど、できない内容だと思い自分でも考えてみた。特に、最期をむかえることを含めた話というのは、家族環境や家族との関係性も当然関わってくる。関係性がよければ逆に話せない状況ということもあると思うので、私どもの予測は現状こうだろうなという事ではある。だからどうしていくのが非常に難しい問題だと思う。一筋縄では解決法はないと考えたところです。

#### 司会

- ・ACPの啓発や、すすめるのが難しい中で、薬剤師の中でこういう事をしているなどの事例があったりするか？

#### 薬剤師

- ・薬剤師がというのはないが、在宅で個人宅となれば、そういう込み入った話に介入することもできなくはない。療養型への入院時であればDNRはとられたりもするが、実際に話し合いとなると、資料で1%というデータがでていたが、それが現状だろうと思う。そこに私達医療者が入り、話ができる状況は少ないのではないかと感じている。アプローチができているかと言われると、そこまでできている現状は少ないと感じている。

#### 司会

- ・介護支援専門員は、クリニックや自宅で利用者と話をすると思うが、日々感じていることはあるか？

#### 介護支援専門員

- ・利用者には、最終的にはどうするのかなど、本当に大まかな大枠。例えば、意識があってもなくても、往診の先生のところにまず連絡をする、救急隊には連絡をいれないとか、家で亡くな

る事がわかっていればとか、そういうありきたりな、ケアマネジャーとして説明しなければいけない事は、説明する立場として説明する。

- ・私も大きな病気をした際に「万が一の時は、もう骨は拾わなくていい」「粉にして捨てていい」など、私も全て家族に話したが家族は「それはできない」と言った。「骨を拾わなくていい」と私が言った時に「じゃあどうするの」と言うので「今、骨は粉になる。残したら、あなたたちが法要の時に大変な思いをするから、しなくていい」と言っても、昔の慣わしは分からないが「周りの人が指示してくれた事に従う」と子供たちは言う。私が希望を言ったところで、家族としては全てを受け入れられない。
- ・私が「何かで亡くなった時に、献体に出していいよ」と言うと「献体ってどういう事？」と言う。「こうこうこうして、すぐお葬式をあげたいのだけど」と話をしたら、「何を言っているかわからない、たぶんそういうことはしない」と。自分達が知っているお坊さんが来て、火葬場に行き、こうしてという、昔ながらの封建的な流れに沿ってやるのであって、献体に出すとか、私が提案しても家族が受け入れてくれなかった。3年経った今もあまり変わりはないが、今は献体はしなくていいかな、骨をパウダーにするくらいはいいのかなと思ったりしている。
- ・医療について3年前に話した時に「もう何もしなくていいよ、高い特別な事はしなくていいよ」と話したが「最低限これをすれば痛みが和らぐとか、そういった最低限の治療は受けてもらいたい、受けさせたい」と、自分達の経済的な理由でおさめきれぬものであれば、家族だから最低限の治療は受けてほしいというのが、子供の意見だった。
- ・その時に、すごく私が感じたのは、遺言ではないが、本人が思っていることを家族が受け入れられないみたい。「亡くなったら川に放り込んで」と言ったわけでもないのに「骨は拾わなくていい、パウダーっていうのがある」と言っても、受ける家族はそんな事は出来ない、家族ならではの情そんなものがあると私は3年前に感じた。今こうして元気なので、皆さんおかしいと思うかもしれないが、人工的に生きている。バックヤードがどうこう言っても、受ける家族と一致するのは難しいというのを感じた。

## 薬剤師

- ・私も非常に共感できるというか、この書面上の話というのは、はたから見られるんだと思う。私も最近義祖父が他界した。その時に最期をどうするかというアドバイスを家族にしたが、家族からすると話を口になかなか出せない現状があるというのを目の当たりにした。大事な話だということはわかっているし、しないといけないということもわかっているけど、話す側、受け取る側、それぞれにギャップがあり、内容についてはもっとギャップがあるのだろうと思う。そこがすずまない要因なのかと介護支援専門員の話聞いていて思った。

## 司会

- ・訪問看護師は看取りもしていると思うが、本人の声を聞くというのはもちろん大事だけど、家族の意見みたいところで、こんなところがうまくいった、ここはこんな感じだったという事があればうかがいたい。

## 訪問看護師

- ・100歳を超えた人が息子さんと住まっていた。最終的には病院にも行かないと在宅の先生と話を固めていたにも関わらず、自宅で急変した時に救急車を呼んで病院に送った。受け入れた病院もとりあえずその日は一晩泊まって点滴をして帰した。そのことで在宅の先生が「救急車で搬送しないと聞いたのに、なんでこういう風になったの？」と話されたが、息子さんは何回も同じことを繰り返していた。最終的には息子さんも納得して、自宅での看取りに入った。
- ・家族としては、いくら年を重ねても自分の親が亡くなる、もしかしたら病院に行けば何か

救える手だてがあるのではないかという想いで、救急車で搬送するというケースは今までも何件かある。最終的には自宅での看取りと言われていても、親には長生きしてほしい、どうにか助けたいという気持ちがみられるところがある。生命の限界を息子さんも周りもわかっている、いざとなるとそこは違ってくるというのは、いろんな看取りをしてきて思っている。その中で、今までもこれまでも頑張ってきたから何もしないと、心肺蘇生ももう何もしないと、点滴もしなくていいから静かに家族だけで看取りをさせてくれという家族もいた。その家族との話し合いは、主治医の先生や、周りの家族みんなとの意見の統一というのが必要だし大切だし、その家族が決定をする意思の強さっていうのも、すごく重要だと思った。

#### 司会

- ・本人がこうしたいと思っても、家族の想いもあるが、そのすり合わせも普段の話し合いという事になるのか？

#### 訪問看護師

- ・最初に訪問に入った時、もう先が見えている人の場合は「どうしますか？」と話をしていく。元気でも徐々に体調が悪くなり「そろそろですね」と主治医の先生から言われた時に「どうしますか、どこかに送りますか？それとも家で看取りをしますか？」というところは、1回や2回ではなく、訪問の度に何度もそれとなく話をしていくのは、今までもそうしている。

#### 司会

- ・どのように最期を迎えるのかを考えると、本人と家族が納得する形というのは人生会議の中の大きなテーマだと感じた。本人の想いを聞くことが難しいが、デイサービスで何かそういうのを感じたり考えたりしたことはあるか？

#### デイサービス相談員

- ・デイサービスではなかなか看取りはない。以前グループホームで働いていた時に、必ず入所の時に「最期どうしますか」というのを確認する。その時に大体の人は、「このままグループホームで」と、10人いれば10人がほぼ言われる。グループホームだと食事を食べられなくなった時に胃瘻にするかどうかという話になる事が多かったが、その場合、5割以上の人は「やっぱり胃瘻にします」という判断が多かった。グループホームだと医療的な行為が弱いので、退所ないしは特養に入所しなくてはいけなくなり、環境が変わるといふ部分が大きかった。必ず入所の時に聞いているが話し合っていない人もおり、一か月くらいかけて家族の中でどのようにしていくのかというのを話し合ってくださいと伝えていた。認知症のご本人は「将来こうなれば何もしないでください」という人がほとんどですが、家族の意見でそれが覆るので、本当にこれでいいのかなと思う部分はありました。
- ・今、介護の授業を教えるにしているが、その時に生徒には、必ず自分の親が将来どうなりたかというのを聞いていたほうがいいですよと伝えるようにしている。私自身も自分の親に、じゃあ将来、「最期はどうしたいのか」というのは確認している。自分自身も「最期はどうしたい」というのを頭の中で描けているが、家族の気持ちになると自分の意見が覆されるのは、日々仕事をしていて感じる部分。

#### 司会

- ・やはり共通して、家族の意見というところがでていると思う。

#### 精神保健福祉士

- ・デイサービス、リハビリ、要は「元気になりたい、もっともっとできる事を増やしたい」という中で、過去には終活をする人にも会ったことはある。自分が癌になり迷惑をかけないように



と、前向きにとらえていて布団や食器など、どんどん整理する人もいれば、話の中でエンディングノートなど、そういう終活の話題が出たときに、すごく嫌がられる人もいます。まだ死と向き合うのに拒否がある人もいた。グラフの中で、割合は少ないが、数%反対の人もいますので、支援するほうとしては、家族・本人、双方からの気持ちを聞く中で、本当に仲が悪く私達が言ってもいうことを聞かないからと言われるご家族や、大病しても、そのことは本人には伏せてもらいたいなどあった。そういったケースで積極的に目の前の利用者に対して人生会議をどうすすめるべきなのかと、迷うところがあったりする。

### 薬剤師

- ・資料3のデータというのは、資料1からのつながりのデータなのか？

### 司会

- ・資料3は、資料1の分とは違い、厚労省から人生会議の報告書がでていて、そこから抜粋したもので、資料1のデータとそれ以降のデータの母数は違います。

### 薬剤師

- ・なぜそんな質問をしたかというのと、個人宅等であれば家族の結びつきは強い印象があるが、施設在宅になると、家族関係が希薄とか、家族関係がもうないという人もいます。その人の背景によって、データの違いはでるだろうなと感じるため、どの辺のデータなのかと気になった。

### 司会

- ・データの出所は違っているが、先ほどから家族と本人の想いということで、家族の関係性からでも違うのかというのと思う。

## ②家族の想いと本人の想いという意見がでていますが、皆さんにぜひ聞いてみたい、話をしたいことがあればお願いしたい。

### 薬剤師

- ・愚問と言われるかもしれないが、医療従事者がこの最期について問うこと自体が必要なのかなと思う時がある。家族はそんなことわかっていると思うけど、そこにわざわざ介入していかないといけないのかと思う時がたまにある。

### 司会

- ・必要ないと自身で思うことがあるのか？

### 薬剤師

- ・必要ないわけではない。家族間で話した時にもシビアな問題に、在宅とはいえ毎日関わるわけではない人間が口を出すことについて考えてしまうようなこともある。相当の関係性が築けている医療従事者であれば、介入したとしても話になるかもしれないが、他の人はどう考えているのかなあと、それくらい重要な内容だなあといつも考えてしまうので。

### 訪問看護師

- ・積極的に家族に聞くというのは、私達も難しいとは思う。最初に看取りの場所を自宅にするのか、病院にするのか、ただそれだけ。やはり自宅での看取りとなると、主治医の先生、家族、私達が、「最終的にどういう状態になったら最期ですよ」というところを医師から説明してもらおうが、医師はそんなに毎日来るわけではない。でも、看取りになると看護師は、ほぼ毎日行って様子を見て、どうかしたら点滴をしている人もいます。そうなる場所で医療的に助言とかサポートしていくのは私達看護師なので、やはり最期、「呼吸が止まったら最期ですよ」「食べられなくなって、そういう期間が長くなって、徐々に徐々にこういう状態が続いてくれば最期を迎える準備に入っています」ということを家族に少しずつ説明していつている。もしも最期、「何かあった時には病院に送ります」と言った時には、「じゃあ、血圧が下がったと

か意識がないとかいった時にはすぐに救急車を呼んで、病院に行ってくださいね」という。そういう段階をやはりこちらから家族に説明してあげること。家族もいざ悪くなった時にはパニックになり、どうしたらいいかわからないという人もいる。そういう部分のお手伝いという感じで行っている。それが必要なのかというのは、私達もそこまで深くは踏み込まないけど、家族のお手伝いをさせてもらうという形で話をさせてもらっている。

#### **薬剤師**

- ・その医療的な方針であるとか、経過というのは当然説明する。そこはあると思うが、これはその先の、最期を迎えた時はどうしてくださいいねという話。

#### **訪問看護師**

- ・亡くなるまではするが、その後は家族で話し合いをしてもらう。今も1人財産から全て、本当に身寄りがない人がいる。受診や先生からの説明を受けるのに不安のあり、商工会議所の中にそういうところをサポートしてくれるNPOのサービスがあるらしく「こういうところはどんなのかなあ」「自分の財産も全てそこに公表しないといけないのかなあ」と訪問の時に相談をされることもある。しかし私達が「それをした方がいいですよ、それはしない方がいいですよ」というところまでは話がいかない。「その決定はすみません、利用者のあなたの意思なので、そのところに私達口出しはできませんから」「話を聞くことはできるけど、最終的な決断は利用者ですよ」と話をする。やはり最終的な決断は、私達できないので、家族や本人の意思決定になると思う。そういう形でのサポートをしている。

#### **司会**

- ・こちらが「どうしなさい」というよりは、家族や本人が「どうしたいか」という決断を支えるサポート、お手伝いということ。

#### **訪問看護師**

- ・しかできないってこと。

#### **薬剤師**

- ・難しいと思うばかり。当事者の気持ちに近づこうとは思いますが、医療従事者であって当事者ではないので、その差があるのはわかっている。いろんなアプローチはあるのですが、アプローチのプロではないので、すごい大きなテーマだと思う。