

# 令和4年度 植田南・植田東圏地域連携検討会 報告書

1 日 時 令和4年 8 月 31 日(水)19:00～20:30

2 参加方法 Zoom ミーティング

3 内 容 植田南・植田東圏地域の医療・介護連携について

(1)講話「人生会議～みんな違ってみんないい～」

講師:ハートクリニック院長 小野 隆宏 先生

(2)グループワーク「多職種間のズレを乗り越えるために ～ACP(人生会議)を通じて考える～」

①ACP(人生会議)について

「ACP を実践されている方は、どのようにされていますか？」

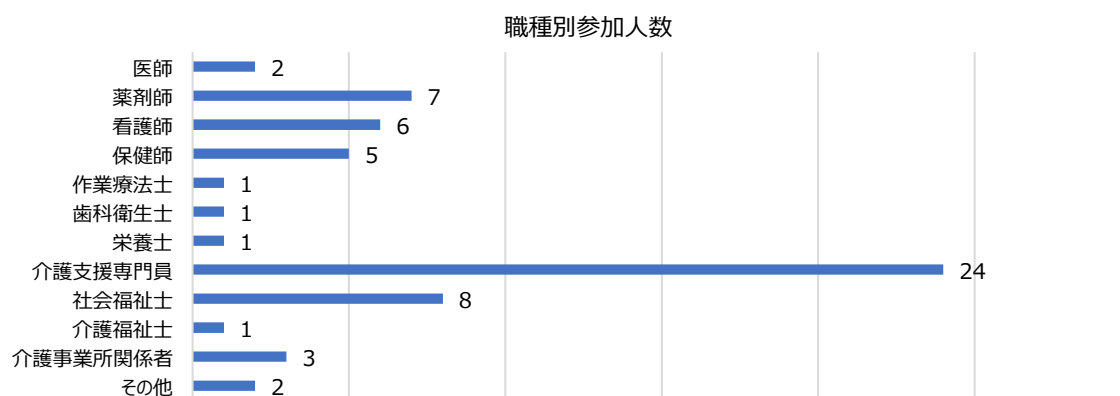
②考え方や視点の違いについて

「ACP(人生会議)や、支援を行う中で、どのような多職種との考え方や視点の違いを感じますか？」

③考え方や視点の違いを生かすために

「その考え方や視点の違いを生かし、本人・家族の意向に沿ったゴールとするために、多職種間でどのようなことが必要と思われますか？」

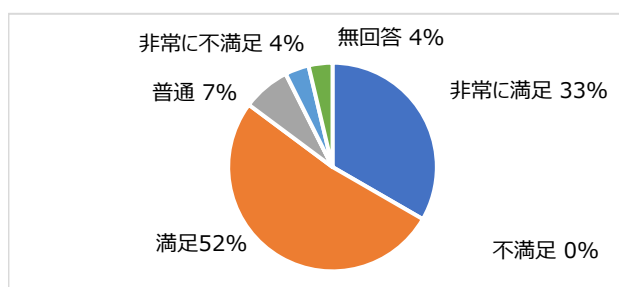
## 4 参加者数 (61 名) の内訳



## 5 アンケート集計 (アンケート回答数 27 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？

非常に満足	9 名	33%
満足	14 名	52%
普通	2 名	7%
不満足	0 名	0%
非常に不満足	1 名	4%
無回答	1 名	4%
合計	27	100%



今回の検討会で、参考になったことや、新たな気づき等あればご記入ください。

【介護支援専門員】

- ・ACP の重要性が分かったが、改めて ACP をするというよりも日常的な関りの中で本人や家族の思いを拾い集めるのも大切だと思った。その為に今の自分の周りの方との関係性づくりを大切にしようと思う。
- ・ACP 等、多職種の情報共有の必要性を皆さん感じていると感じた。
- ・講師の話、グループワークの意見交換等参考になりました。
- ・日々携わる中での傾聴や気づきが大切だと感じました。
- ・各分野の専門視点に相違があっても”それで良い”という認識が大切である。
- ・全てはコミュニケーションが大切ということに気づく。
- ・他の法人の方と意見交換ができてよかったです。
- ・会議の形にはまらず、普段の会話の中でも、これまでやこれからの生き方を知っておくことが大事。(タイミングについても、グループワークにて実践されている先生から直に聞くことができてよかった)
- ・普段の会話の中から、その人の人生観を聞き取っていくことが大切だと思う。

- ・多職種間での気づきや気になる視点が違って、それがまたいろいろな視野を持って支援していけることを感じた。支援者や家族が決めるわけでもなく、本人を含めて皆でいい方向に結論が持っていければという点、すごく勉強になりました。
- ・漠然と質問しても返答に困ったり焦点が定まりにくい、質問範囲を狭めて提示した方が本人・家族は選びやすいと思った。
- ・ゴールは利用者さんのハッピーエンドを目標に多職種で意見交換をする事が大切と勉強できました。
- ・医師や看護師等医療側からの視点と相談援助職からの生活の視点の違いを話し合いの場を踏まえて、どうすり合わせをしていくか、会議を何度も行う等話をしていくことが大切だと感じました。
- ・人生会議について啓発を受けることができました。また自分の将来的なことを考える気づきをえました。
- ・人生会議の話が聞いて良かったです。日頃の何気ない会話が大切ということがよくわかりました。
- ・ACPは日々の利用者との関わりの中で行えているという先生の話、何気ない利用者さんとの話の中でその方の思いを理解していくようにしたいと思った。コミュニケーションの中で工夫したい。
- ・ACP＝人生会議という言葉はよく聞くが深く踏み込んだ話はできていない。本人・キーパーソンが同意したとしても、遠方の家族が聞いていないケースに陥る可能性もあるので、Dr主体で話を進めていくとよりうまく流れるのではと感じました。

#### 【薬剤師】

- ・日々の仕事から不断に患者の要望を汲みあげていくことが大事。
- ・人生会議というワードを知ることができたのが良かった。職種によって考え方のクセが違うことをしっかり理解して、協調しながらよりよいケアを実践できるようになりたいと思った。

#### 【社会福祉士】

- ・今まで積極的にACPについて学ぶことがなかったのですが、講師の説明が分かりやすく、理解できました。

#### 【看護師】

- ・ACPについて介入するタイミングや段階的に回数を重ねながら決定していくこと等、学ぶことができました。
- ・ACPを当法人では医師の主権で積極的に行われているため、ACPに参加した経験がない人が多い事を知った。今後は様々な場所でACPが行われると良いと感じました。
- ・ACPが堅苦しい感じではなく、本人、ご家族が話しやすい雰囲気作りが大切なのだと知った。
- ・他の職種の人達の気持ちが聞いて参考になった。

#### 【介護事業所関係者】

- ・改めて集話し意見を募るのではなく普段の会話の中で(ACPについて)広げていくことが大切な入り口であると思いました。

## 問2. 講話・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）

#### 【介護支援専門員】

- ・医療関係者からの専門職としての意見や知識を聞いて良かった。実体験を踏まえての講話やグループワークの内容があり、分かり易かったし、イメージしやすいと思った。
- ・多職種でそれぞれの考え方、捉え方があるため、意見交換が必要だと思いました。
- ・感染症の影響によりICTを活用した会議関係が浸透していると感じた。
- ・テーマが決められているので、テーマに沿ったことを話さなければいけないと思うと、話しづらく、思ったことや伝えたいことを伝えることが出来ず、とんちんかんなことを話してしまった。
- ・ACP(人生会議)に参加した経験のある方が、認知機能の低下により意思表示できず身寄りもない方のことを決めるのが大変だった。日頃の会話から知れることが多いと感じました。
- ・講師がいらしゃったので、とても参考になった。医師が音頭をとるものだと思うが、実践しようと意識されている医師はどれほどいらっしゃるのだろうか。
- ・多職種でそれぞれ、ご本人の考えるゴールに向かって考えていることがよくわかりました。やはり対面で話し合うことの必要性がよくわかりました。
- ・お互いにいろんな意見を出し合えた。今後は自分自身のことも考えながら、自分だったらどうするのかと考えながら、いろいろな方の話を聞いて行けたらと思った。多職種間で思いが違う部分も生じることもあるが、お互いの話を聞きながら共感していける関係づくりが必要だと思った。
- ・聞きたかったことを聞けました。意見が合わなかったときは話し合いを詰めることにつぎと学びました。
- ・いつもの実践が人生会議にあたり、多職種で情報共有し利用者さんに寄り添っていこうと思います。
- ・家族間のズレについて、本人・家族は在宅の意向だったが在宅で看取ることに乗り気ではないご家族がいた。その後医師や看護師と話し合いを重ねるうちに協力的になり最期を自宅で看取ることができてよかったと言われる。継続した話し合いが大切だと感じた。
- ・色々な事例を聞くことができ、考えることができました。コロナ禍で施設入所者の面会制限は仕方ないですが工夫して話せる場を少しでもつくり本人の表情や声を聞くことができると良いなと思いました。
- ・テーマを決めて、それについてのグループワークだったので分かりやすかったが、フリートークの方が良いのではないかと考えた。
- ・グループ内では、多職種連携できていると感じたが、いざ現場になると立場や関係性などの要因で多職種連携がスムーズにいかないことがあるので、改めて難しさを実感した。

- ・多職種それぞれの視点での意見交換が良かった、自問自答しながら業務に生かしたい。今回参加してよかった。

【薬剤師】

- ・多職種の様々な意見を聞いて大変参考になりました。

【社会福祉士】

- ・今までハードルの高かった ACP ですが、皆の話を聞きハードルが下がりました(良い意味で)。ほんの少しですが自分もやってみようと思えるようになりました。

【看護師】

- ・講師の実践を話していただき、具体的な流れやかかわり方を学びました。
- ・ACP では結論はでなくてもよく、でない事も多いですが振り返ると「あの時、ああいう話をしたよね」ご本人・家族の人生観を知る事のできる貴重な話し合いの場となると感じます。
- ・急性期病院のソーシャルワーカーの話も聞くことができよかった。また、いろいろな立場の多職種の方々の意見は新鮮だった。
- ・講話はとても分かりやすかった。自分も普段からこうしたいと意向をのべていかないといけないと思った。

【介護事業所関係者】

- ・他職種間のズレについて…講話テーマ「みんな違ってみんないい」と同様でズレではなく立場の違いであり、到達点は「その人らしい、その人らしく、その人のために」であればいいのだと。その方法、手段、プロセスを出し合うことの重要性であると感じた

問 3. 今後の検討会について（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のご希望）

【介護支援専門員】

- ・腰や膝の病気で歩行が難しい方の支援について、多職種で検討。
- ・各職種から CM,MSW などにしてほしい事、期待していることを聞きたい。
- ・患者と医師とをつなぐ薬剤師の実際や連携のあり方。
- ・終末期ケアについて(メンタルケア、サポート等)
- ・認知症。認知症と服薬、認知症と終末期ケア等
- ・デスカンファレンスについて
- ・人生会議実践報告等
- ・BCP。業務継続計画等のテーマが良いです。
- ・地域・地域住民とのかかわり方

【社会福祉士】

- ・防災について(多職種の取り組み、対策など教えてもらいたい。多職種間同士で協力できることはあるのか? など)

【看護師】

- ・支援困難な在宅療養者への介入で、こうしたら上手くいった、多職種連携の重要性など、どのようにしているのか知りたい。

【介護事業所関係者】

- ・困難事例に対して具体的なアプローチ、成功例を聞きたいです。

問 4. 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(他職種に対しての要望や困りごとなど)。

【介護支援専門員】

- ・専門職だからこそ説明時に専門用語を使いますが、専門職ではない利用者や家族からすると説明が分かりにくかったりする。Dr によっては威圧感がある。話す時に言葉を選んで話すため、本音を伝えられなかったりする。
- ・多職種で連携できても、本人や家族の意向が想定を超えることがあった場合、特に”生命の危険”が目の中の課題となった場合の意思統一が難しい。
- ・連携したい、考えを教えてもらいたいと思いつねてもこちらの気持ちが伝わらず冷たく返されると連携、コミュニケーションがとりづらくなる。
- ・コロナの影響で施設入居者の意思を直接聞けず、職員からの聞き取りができないことが困っている。
- ・皆で集まり直接話すことでズレも少なくなっていくと思う。特に現状の支援の中で困りごとはありません。特に在宅医療については比較的主治医の先生とも近い距離で関わることができており、やりとりもスムーズに少しずつつながってきたと感じています。
- ・同じ地区の人が集まって、医師を含む各職種との名刺交換会などがあるといいなと思います。
- ・退院して自宅に帰るときの病院側(MSW, NS)と在宅(CM, ヘルパー、家族)側と温度差を感じたケースがあった。病院側は早く自宅に退院させたいとの思いが強く、家族の意向をあまり考えずに進めていった。在宅に向けて何度か会議を行い、全員が共通認識をして同じ方向に進めていけたらよかったのではないかと感じた。
- ・特にありません。やはり事業者間(多職種間)もしっかりコミュニケーションをとり何でも報告する、できる関係があると何事もスムーズに支援が進む、又はすぐに問題点に気づけると感じます。

- ・在宅医の先生は比較的フラットな方が多いように感じるが、他の先生方と話をするのは垣根が高く感じる。
- ・日頃のケアプランチームで利用者を支える医療と介護の連携は目標が明確なので、困りごとはありません。しかし医療保険との連携のずれを感じることがあります。医療保険は患者となるからでしょうか。

【薬剤師】

- ・患者ごとに多職種で意見交換できるような場なりシステムなりがあればよいと思う。

【看護師】

- ・自分たちだけでは知ることのできない情報が多方面から知れる。情報の一方通行になることがある。
- ・いつも顔の見える関係性ができているので何でも相談でき良いです(嚥下状態が悪い時や離床に向けての時、一緒にケアを行ってくれアドバイスをくれる)。

【介護事業所関係者】

- ・情報、知識を教示してもらえるプラス面があります。後は、捉え方、伝え方次第かもしれません。

## 問5. その他、ご意見やご感想

【介護支援専門員】

- ・色々な職種の方と意見交換ができ勉強になりました。また検討会に参加させていただきたいと思います。
- ・自分の人生の終わりを考えると今まで大切にしてきたことや生きがい、歩んできた道を納得して、そばにいる家族にも納得してもらい最期を迎えることができたなら、最後にそばにいてもらえたら亡くなった本人も、残された家族も悔いなく暮らせると思う。
- ・大変勉強になりました。日々の雑談で意向をくみ取るスキルアップを心がけようと思います。
- ・実践に活用出来る勉強をありがとうございました。
- ・多職種それぞれの考え方について理解をする必要があると感じた。
- ・勉強になりました

【介護事業所関係者】

- ・有意義な時間をありがとうございました。

【看護師】

- ・在宅医療を当院ではしていないので ACP の介入段階や関わり方が皆さんよりも専門的になってしまう部分があるかもと気づきました。患者さんの気持ちを中心に考え、家族も選択できるやり方をケアマネジャーとつながりを持ちながら心がけたい。

【薬剤師】

- ・普段なかなか話ができない多職種の方の意見を聞くことができ、とても勉強になります。

## 6 グループワーク協議

「多職種間のズレを乗り越えるために ～ACP(人生会議)を通じて考える～」

テーマ①ACP(人生会議)について

「ACPを実践されている方は、どのようにされていますか？」

テーマ②考え方や視点の違いについて

「ACP(人生会議)や、支援を行う中で、どのような多職種との考え方や視点の違いを感じますか？」

テーマ③考え方や視点の違いを生かすために

「その考え方や視点の違いを生かし、本人・家族の意向に沿ったゴールとするために、多職種間でどのようなことが必要と思われますか？」

### 1 グループ

#### テーマ①

##### 薬剤師

・薬剤師としては、本人や家族の意思を聞いて、がんによる痛みを取っていきたいという想いを共有したら、痛みだけでも処方が出たら真夜中でも持っていくというくらいしかないと。思う。

##### 司会

・先生、人生会議はこうじゃなければならないということはないと考えてよいか。

##### 医師

・人生会議は型にはまったものではない。講話では皆が集合して話をしたが、一つのパターン。日々の業務そのものであったり、在宅医療が始まる時、初回訪問時に皆さんが集まることが多い。特に重度な方や介護が沢山必要な場合は集まって話しをします。

・私は、初回は大体1時間とって話を。自己紹介後に、本人、家族のこれまでの人生観を聞く、その方の仕事や、気持ち、病状などを理解して、これから先どう生きていきたいか、どんなことを望んでいるのかを共有できるので、これも立派な人生会議。

・個別の、例えば訪問で薬を持っていったときに患者や家族と薬について話を聞いたり説明するときにも、「実は薬ですごくいやな思いをしたのよ」とか、「薬が嫌いだ」という想いを語ってくれる、それが人生会議の一つのピース。そういったピース、言葉を集めてだんだん組み立てていくのが人生会議のひとつなので、必ずしも決まった形、パターンはないと思ってもらっていいと思う。

##### 施設長

・看取りまでしている施設なので、先生にお力添えいただき、利用者の人生観や家族の意向も踏まえて、今後の施設での治療と生活スタイルを考慮したプランをケアマネジャーに協力してもらい立てている。プラン以外にも施設でできることをしながら、本人と相談、本人の判断が難しいときは家族に相談する。このご時勢なので面会もできない環境下だが、ガラス越しの面接で常に本人に確認をして関係性を築けるようにしている。

##### 司会

・担当国会議の中でACPをすることはあるか。

##### 介護支援専門員 A

・ACPを意識した担当国会議をしたことはないが、人生の終わりに近づいていくということに対して切り出しにくく、いいタイミングとかお知恵があれば聞きたい。

#### テーマ②

##### 介護支援専門員 A

・講話の中で看護師は安全を重視する傾向があるとおっしゃっていたが、私も社会福祉士で、ご本人の意向とか生活を重視する傾向がある。看護師さんを目の前にすると命の危険や安全性を重視しなければならないのかなと思う。

##### 介護支援専門員 B

・元職は介護福祉士なので、医療と看護師の安全性と、生活を見る家族の意向を見るときに少しずれがあった。そこは後で修正して話し合いをした経緯がある。

・夕方からベッドに横になって動けないとの連絡を家族から受けて、多分脱水を起こしていると思い、21時を過ぎていたが訪問して本人が吸えるようなアイスを持って行った。しばらくすると元気になった。翌日に看護師にそのことを伝えると。遅い時間であっても、その時にすぐに電話してくださいと言われた。自分が背負いすぎなくてよかったかなと思った。

##### 司会

・先生今の対応はどう思われますか。ケアマネさんがすぐに動いたということですが。

##### 医師

・素晴らしい対応だと思う。それぞれの職種の考え方は、受けてきた教育や、実践してきた内容で違う。看護師はとにかく患者を安心、安全、安楽にという医療安全がメインテーマとなり、医療的な安全という視点で見る。介護福祉士は生活の立場、その人の生活をいかに豊かなものにするかという視点で見るので、医療的なところが少し抜けてしまうこともあるかも知れない。しかし、自分の得意とするところと不得意とするところをそれぞれ認め合い、補完し合いながら最終的に患者、利用者の幸せ、家族の幸せ、ハッピーエンドを願う対応としては全く問題ないと思うし、素晴らしいと思う。

## 介護支援専門員 C

・以前ほどではないが、入院時に在宅支援の立場と病院スタッフの立場にズレを強く感じる。自宅で最後までという本人の気持ちを汲んであげたい思いもあるが、病院側の安心、安全に退院してほしい考えも分かり、病院側にそれほど強く言えないところもある。関係を悪くしたくないのが第一に来てしまう、特に身寄りがない方については強く感じる。

### 司会

・その方は退院に向かっての支援に介入したのか。

## 介護支援専門員 C

・長い期間ではないが自宅にいるときから携わり、今は入院しているが、退院に向けて動いているところ。

### 司会

・今の時点で本人も含めて病院の職員と共通認識を図る機会はあるか。

## 介護支援専門員 C

・最初の入院時に、最後まで家で生活したいという本人の気持ちは伝えたが、病院側としては嚥下状態が悪く自宅で一人で過ごすのは危険ということで施設の方で動いている。私もそれでいいと思う反面、本人の気持ちを無視して動いている葛藤もある。

### 司会

・施設で受入側の立場として家に帰りたかったが施設に来たときに、本人を含めてお話をするチャンスを作っているか。そのタイミングでなくても何かしているか伺いたい。

## 介護福祉士（施設長）

・施設側としては本人家族納得の上で施設に入って欲しいというのが第一優先だが、本人ではなく家族の意思で施設に入っている方もいる。そういった方の精神的サポートや傾聴をさせていただいている。  
・介護現場では介護のことはよくわかるが医療的、治療的なことは分からないことが多く、訪問診療医にその都度確認し、医師もしくは看護師から本人家族に伝えていただく場をなるべく多く設けるようにしている。全利用者ではないが、家族や本人が気にされる時は訪問診療時に短時間でも話ができる場を設けるように少しずつしている。  
・視点の違いという部分で介護と医療の考え方の違いはある。その共有は医療連携という部分では一番感じている。

### 司会

・先生に伺います。施設に行ったときに本人、ケアマネジャー、多職種との連携の場面を持たれているか。

## 医師

・とても大切なことで、施設の方は個人宅の方と違い家族が蚊帳の外になることがよくある。後で電話で伝えておけばいいやと、本人の意向や治療内容、生活のことを報告だけするパターンはよくある、それではいけないと思う。その施設は、ご家族と一緒に過ごしていないだけで自宅なので、家族もそこにしっかり入っていかないといけない。ですから初回訪問時はできるだけ家族にも集まっていたく。コロナ禍で難しい場面もあるが、極力一堂に会した状態で本人の意向、家族の気持ちを確認して皆が共有しあうことを実践したいと思っている。直接対面で会えないときは ZOOM を使用することもある。積極的に呼びかけ、遠方にいる息子さんたちにも連絡を取って、何時にこれをやるからと入ってもらえるケースもよくある。そうするとしっかりと双方向性の確認ができるので、そこはすごく施設に関しては大事なことだと思う。

## テーマ③

### 司会

先ほど、どういうタイミングで ACP をはじめたらよいかという話があったが、はじめるタイミングを聞きたい。

## 介護支援専門員 B

・食事がとれなくなったときに、今後胃瘻を造るかどうかの話をするときにしたことがある。

### 司会

・それはどういうメンバーでしたか。

## 介護支援専門員 B

・まずは介護サービス事業所の中で、看護師や言語聴覚士が入っていればそうした方。先生は忙しく出られないことが多いので事前に意見を聞く形。  
・本人家族の意向が第一なので、どうしたいかをまず尋ねて、看護師はもうこの状態だったら健康に被害が出てくるから早く胃瘻にした方がいいといった話をするが、家族はできれば口から食べさせてほしいという意向が強くて、最終的にどうするかは先生とも相談しながら本人家族と相談しながらやっていく。

### 司会

・先生は忙しいと思うが、先生と一緒にやっていく上手いやり方があれば伺いたい。

## 医師

・主治医抜きでやるのはよくないですね。主治医が旗を振って皆を集めるという流れを作っていくのがよい。たとえば、そういう話をやりたいと先生に持ち掛けたら、ちょっと今、忙しいからその時間無理だよと言われて終わってしまうので、こういうことで悩んでいます、すごく大事なことなので先生から声掛けをしてもらって意思決定支援をできるようにしてもらえるとありがたいという流れでもっていければ、多分乗って来てもらえると思う。  
・今の話は、厳密な意味では ACP というより意思決定支援。本人が意思表示、認識が出来にくくなっている状態だと思う。この意思決定支援も非常に重要なことなので、ACP のタイミングとしたら少し早い方がいいと思う。  
・人生会議のスタートのタイミング、大きな起点。  
①サプライズクエスチョン。この人の生命予後、一年後にこの人が亡くなっているとしたら驚きますかと自問自答する。驚かない、一年後もしかししたらこの人亡くなっているかも知れないなど思ったときはタイミング。  
②色々な病気、疾患の転機。大きな病気をして入院した、退院して施設に入る自宅に戻る、これはすごく大きなタイミング。そうったときに人生会議、その人の意思表示がしっかりできるタイミングで行うとか。病院であれば大きな

病気をして軽快退院をする。軽快して良くなった、よし帰ろうというところで、実は今後のことも少し話をしておきましょうというタイミング。

- ・日々の関わりが人生会議に結びついていると認識する。人生会議をしたことないなというのは、一堂に会してしたことがないというだけで、それぞれの日々の関わり、患者や家族との関わり全部が人生会議だと思う。

## **薬剤師**

- ・どうしてもACPとなると意思を確認して方針を決定しなければいけないと考えがちだが、今までの出来事だとか思いを共有するだけでも人生会議につながる部分になっていくところですので勉強になった。
- ・薬に関して言えば、よく主治医の先生に前もって確認することとすれば、朝の薬は飲んでいるが夜の薬が全然飲んでいない。「二日に1回くらいしか飲んでいないが、こんなものでいいですか」と先生にマメに確認しながらやっている。朝は大事な薬ばかりまとめてしっかり飲む、夜は二日に1回でいいよと先生とコンセンサスとりながらやっているとスムーズにしている。

## **司会**

- ・そういう時には本人、家族はもちろんだが、例えばケアマネジャーやヘルパーとの連携はどうしているか。

## **薬剤師**

- ・朝の薬を飲んでいなかったら、看護師やケアマネジャーは一大事だと思って患者さんに差し迫ったかたちで「飲んでませんよ！」と言い、患者も「また怒られる」となることもあるが。そのときには、私が「そこまで言わないでいいですよ、先生には一応こちらから報告してます」と言い、クッションになっている。

## **介護支援専門員A**

- ・ケアマネジャーの役割として普段からその方の生きてきた人生や意向をじっくり聞いておくことが必要と考えている。

## **司会**

- ・つついづいプランを立てなくては、スケジュールを立てなくてはと思いがちだが、皆でゴールをめざすためには多職種間でどのようなことが必要と考えるか。

## **介護支援専門員B**

- ・人生会議という改まったネーミングで会議という前に、関係する職種の方から日々の状況とかつぶやきを収集する、フィードバックをしてもらって関係性をつくり、私自身もその流れにもっていけるタイミングを意識して関わる。多職種の方からいただいた情報を皆で共有するところから入っていければと思っている。

## **介護支援専門員A**

- ・日々の細かい情報のやりとり、訪問看護師の訪問に同行するなど細かく情報共有ができればと思っている。それが一番効果的だと思っている。

## **司会**

- ・先生に伺いたい。エンディングノートやリビングウィルは皆で最終的に考えるための材料と考えてよいのか。DNARがすべてだとエンディングノートは余り役に立たないとか考えなくてもよいのか。

## **医師**

- ・おっしゃるとおり。エンディングノートも事前指示書もリビングウィルも大事だが、引き出しの中にしまっただけでは意味ないということ。書いたことで自分の気持ちを整理することができる、その段階で、例えばまずは家族と、誕生会の時、お正月皆が集まったときでもいい、そういったときに「実は私リビングウィルを書いたのよ」とか「エンディングノートを書いてみたのよ」というところから、「えっ、何書いているの」と話をしていく。「ああそうか、じゃ私もやってみよう」とか、「お母さんの気持ちよく分かったわ」というところから入り、その後、折角こういうふうに話をしたんだから、かかりつけの先生にも伝えてみようねとか、ケアマネさんにこのこと伝えておこうよというところから広がっていく、こういう題材としてはとても大事ではないかと思う。いきなり何にもないところから、皆集まって話をしようというのは難しいところがあると思うので、まずそういうところからだと思う。
- ・先ほどケアマネさんはケアプランを立てることが云々ということがあったように、我々医師は、どうしてもDNARを取るためにやってみようになってしまうケースがよくある。これは絶対良くないので、錦の御旗みたいに、「よし、あなたは挿管しませんね」「人工呼吸器しませんね」みたいなものを取るためにやっているみたいな、これは全然違う、そこは絶対はき違えたいいけない。その人の思いを聞くことが大事で、聞くことによって、この人私のことに興味をもってきている、私のことを理解しようとしてくれるそれだけで、グーッと近くなる、それがチャンス。そうすると色んなことを話してくれるし、分かってくれる人になる。その人にとって分かってくれる人になることが大事。

**2グループ** 機器に不具合により録画ができませんでしたので、参加者の記録を掲載させていただきます。

## **テーマ①**

### **介護事業所関係者**

- ・医師のACPの場に二度ほど立ち会ったことがある。堅苦しい雰囲気ではなく日常会話の中から本人の話を聞きだした。医師が中心ではなくてもよいと思う。

## **薬剤師**

- ・自分自身のこととして考えた時にACPはまだ実感として感じていない。知識不足

## **介護支援専門員**

- ・日頃からの本人とのかかわりもACPの一端を担っていると思う。本人、家族と信頼関係を築くことで本人の本当の意



向が聞き出せる。

## テーマ②

### 介護支援専門員

・専門職の考え方の違いはあってよいと小野Drから話があった。どちらかというとなんと本人と家族の考え方の違いのほうがどうしようかと思ひ悩む。本人が家族に本音を言えない、家族の移行が中心になることがある。

### 管理栄養士

・病院は治療の場。本人より口からの摂取希望があったが、安全性を一番に考え主治医からOKがでなかった。結局、在宅の先生に移行して、本人の望みがかなえられた。

### 薬剤師

・主治医と自宅訪問した時に、患者さんが「主治医には聞きにくい」と薬剤師に今後の治療の事や薬のことなど聞かれたことがあった。主治医と薬剤師は同じ方向で動いているのに患者さんが医師と薬剤師を違う視点でみているということに気づいた。ACP実践の為には本人が話しやすいという関係性をつくるのが大切だと感じた。

### 介護支援専門員

・患者さんの本音は日常会話の中から聞き取れることが多い。その聞き取った内容を、他の専門職に伝える場が必要。

## テーマ③

### 介護支援専門員

・コロナ禍で難しいとは思いますが、専門職関係者で集まって話せることが大切だと思う。

## 3グループ

### テーマ①

#### 薬剤師

・参加したことはない。数か月前に講演会でACPを知った。

#### 看護師

・在宅というより透析患者の状態が変わってきた時に、どこまで治療を希望するかや透析困難症で透析ができない場合に人生会議に関わったことがある。多職種の方と連携をしたことがないので、タイミングなど話を聞けたらと思っている。

#### 介護支援専門員 A

・経験はないが、近々医師の呼びかけで人生会議を行う予定です。

#### 介護支援専門員 B

・参加したことはない。人生会議や死に関してではないが、訪問時の面談でその方の、その時の価値観や今後状態が低下していった時の考えなどを聞く機会があれば記録に残して、その方の価値観が分かるようにしています。

#### 介護支援専門員 C

・はっきりした人生会議に参加したことはない。普段の会話の中で察するようにしています。

#### 介護支援専門員 D

・高度の認知症の方、身寄りがなく後見人制度の申し込みもしていた。担当について時点で身体状態が心配な状況で本人の意思確認はできなかった。施設入所されていて、代理意思決定で医療のことは医師を中心に、長年携わっていた施設職員も巻き込んで最終ゴールをどのように向かえたらいいかというところを考えた。誰が命をストップするのかという難しい問題があった。例えば高度な医療を行うことで1週間～10日寿命が延びるかもしれないが、それをするのか、しないのかの選択が難しい。何度も話し合いをした。長く関わっていた方から、痛いことが嫌いな方だった、爪切りにも強い拒否があったとのことで、医師の意見も聞き、専門的な高度な医療は行わない方向で書類をまとめていた。実際には老衰で最期を迎えられた。本人の意思確認ができない方、まして身寄りのない場合判断するのか難しいと思った。

#### 司会

・集まった方で、その方が痛い事や穏やかに過ごしたい方だという確認ができたことが良かったのでしょうか？

#### 介護支援専門員 D

・推測の域を出ないが、長年携わってきた職員は、こうした方が笑顔が多い表情が豊かだとか、調子がいいということ判断できていた。命の期限を考えさせられました。

### 生活相談員

・人生会議はしたことがない。現在は特養ですが、老健でも働いていた。入所時にどこまでの治療を希望するのかを、聞ける方には聞いていました。いざその状態になった時は考え方が変わることもあるので、状態が変化したときは医師に入ってもらい、その時の状況で選択していただくようにしたことがある。



## **包括**

- ・包括は人生会議を開く機会がなく経験がない。
- ・普段の会話で好きなことや嫌いなことはよく話題に上るので話を聞きながら、その方の考え方などを自分の中に残し、体調を崩した時などに話題として出せるようにしている。

## **司会**

- ・人生会議はしたことがない。
- ・利用者はこうしたときに嬉しいなど、多職種が支援時に感じていることをチームで捉えていくことが大事だと思っている。

## **テーマ②**

### **薬剤師**

- ・薬のことでしか患者と向き合えない。ヘルパーや介護士の方は「薬が苦くて嫌がっている」「薬を飲むふりをして捨てている」など教えてもらえて助かっている。
- ・薬剤師は患者の薬袋の中身の減り具合や飲み忘れなどは確認できるが、ベッドの隅々まで確認できてはいない、多職種の細やかな視点に助けられている。

### **司会**

- ・自分では見えていない部分が、多職種が関わることで色々見えてくる。会議にいろいろな方が参加するのが大切。

### **看護師**

- ・その方の背景を知るにあたってキーパーソンだけではなくケアマネジャーからも、家族やご近所との関係、生活環境などの情報をいただくことで、会議の中で好きなことや頼りにしている方などがイメージできる。ケアマネジャーからの情報は生活が見えてくるので、話をする努力をしている。

### **司会**

- ・1つの医療機関では分からないことが、いろんな視点が入ることで全体像が見えるようになってくる。

### **介護支援専門員 A**

- ・自宅の方は本人と話をして日頃の様子を直に聞くことができるが、施設入所の方はコロナの影響で何年も本人と直に話ができない。家族も面会ができていない状況で、本人の状態や気持ちの変化などの情報を施設の方から聞き取りするしかない。施設からの聞き取りだけで、本人を中心とした多職種連携でのプランを立てるのは難しいと感じている。

### **司会**

- ・コロナ禍で施設だけでなく、本人やご家族も感染を心配している方と会えない中で本人の意思を確認していくのは難しいと感じた。

### **介護支援専門員 D**

- ・バスの乗り換えなど具体的な目標のある方、ある程度状態の重くない方の場合、リハビリ職やヘルパーと目標に向かっているが、胃ろうなど踏み込んだ医療のことになるとうと本人と家族で考え方が平行線になる。医師や訪問看護師さんにも入ってもらいベストな支援について何回も話し合いをしても家族は1日でも長く元気でいてほしいと思っている、本人は十分に生ききったとゴールを決めている。
- ・医師、訪問看護師、施設職員の考えが少しずつ違ってくると、どこでまとめると良いのかが難しい。問題に直面したことがある。難病を患っていた方でかなり気持ちも揺れ動く方、何回も話し合いの場を持つことで娘さんの気持ちも変化し、本人がゴールと決めているなら苦痛にならないようにしたいと変化した。話し合いが重要だと思う。
- ・コロナで私たちも施設に一切入れない。電話で話をできる方は電話で話をするが、電話で話のできない方の最終ゴールに対する支援はこれでいいのかなと思う。2~3年この状況が続いているので気になる。みんなで話し合うことが大切だと思っている。

### **司会**

- ・本人や家族の気持ちが揺れ動くことはある。1回だけではなく何回も話をする中で共通認識ができて最終的にどのように最期を迎えるかというところにつながっていくと感じた。
- ・コロナ化で本人の意思の確認、多職種の共通認識をどのようにして行うのかが今後の課題だと思いました。

### **介護支援専門員 B**

- ・介護と医療がどのくらいの位置にあるのか、どこに向かっているのかを情報共有することが大事だと思う。

### **介護支援専門員 C**

- ・ケアマネジャーが多職種と一緒にいる機会がサービス担当者会議。ケアプランを話し合う場だが、いろんな話題が出てくる。ケアマネジャーや介護職からは生活歴や人生経験から本人の意向確認。医療職の方は治療方法などを本人・家族に説明。サービス担当者会議は定期的開催するので、その中で気持ちが固まってくるといいと思う。
- ・施設の場合、コロナ禍以前は本人と話をしてきたが、現在は施設の方からの話でしか確認できない。サービス担当者会議もままならないので問題だと感じている。

### **司会**

- ・担当者会議を定期的開催し、人生会議的に捉えるのも1つの方法だと思った。

### **生活相談員**

- ・特養なので施設内の連携はとりやすい。いろんな視点で意見を投げかけてくれるので各部署で相談して決定できる。
- ・コロナ禍で家族が本人の部屋まで入って面会ができないため、変化があれば相談員が連絡をしている。触れ合うこと

はできないが、ガラス越しに電話で会話をしてもらい姿を見ることができるようになっている。状態が悪くなり面会場所までいけなくなった時は、ご家族に部屋まで来てもらえるようにしている。

### テーマ③

#### 薬剤師

- ・多職種間で話し合える、情報交換できる場があるといいと思う。
- ・利尿剤が出されている方で、外出時は服用したくないという方がいた。薬が残っているのは知っていたがケアマネジャーからむくみがひどいので医師にレポートを出してほしいと電話があった。医師に報告し服用の必要性の説明と、薬の変更となったことがある。情報をいただくと参考になる。みんなで少しずつでも情報共有できればいいと思う。

#### 司会

- ・情報共有の場を作ることが大事だと思う。

#### 司会

- ・最初の人生会議の開催はどのようなタイミングがありますか？

#### 看護師

- ・少しずつ始めている。タイミングとして思ったのは透析が必要となった時。以前は血液透析、腹膜透析、腎移植の選択肢から決めてもらうが、それでもしたくないという方が透析をしないという選択をしていた。現在は透析をしないことも選択肢として入っている。その話は家族も集まって話をするのでそのタイミング。
- ・1人で過ごせなくなり施設入所されるタイミングで家族に集まってもらい今後について話をしたが、話をしやすかった。

#### 司会

- ・施設入所を考えるタイミングなど節目のタイミング、それも1回ではなく何回も行うことが大切。

#### 司会

- ・意見の合意形成がうまくいった事例などありますか？

#### 介護支援専門員 A

- ・施設入所者で、自分のことは自分でしたい思いの強い方がいた。デイサービスを楽しみにしていたが廃用が進みデイサービスに行かなくなり、施設からも最近来ていないと報告を受けていた。多職種で集まりカンファレンスをし、介護士やリハスタッフからは、「活動性を上げたほうが良いのではないか」「説得してデイを利用してもらう方が生活リズムが整い夜間もよく眠れるのではないか」という意見があった。主治医からは「QOLを上げるのではなく、QODに向かっているのではないか、死に向かって受入れているのではないか、頑張らせようというのは違うのではないか」という意見が出た。その意見から、穏やかな死に向かってその方が以前していた習字を壁に飾ったり、入浴を楽しみにしていた方だったのでどんな状況でも本人が望めば入浴ができるよう急変時の対応も含めて話し合った。
- ・医師の意見から QOLを上げることから、本人の穏やかな死に繋げるために施設・通所がどのように対応できるか話をして取り組んだ後、QOL が上がった。デイの利用が増えたり最後まで自分でトイレに行くことができ視点の違いから成功した事例。

#### 司会

- ・ゴールを設定することにより、それぞれの役割が明確にできたい事例だと思いました。

#### 介護支援専門員 D

- ・その方の人生のゴールは本人の意思決定を確認してできるといいと思うが、その通りに行かないこともある。
- ・自宅で最期まで過ごしたいと希望されている方には、できるだけその気持ちに添えるようにしたいが認知が出てきたり、コロナの影響で骨折しても医療機関で受け入れできないのが現状。突発的な身体状況の変化や認知症の方の受け入れ態勢の問題は大きい。医療機関で受け入れできないと家族に負担がかかってくるため、苦痛を感じずに気持ちよく過ごすには施設となる。

#### 司会

- ・認知症や骨折など大きな変化があった時に、本人の意思を尊重できる環境整備の難しさがある。

#### 介護支援専門員 C

- ・人生会議のように多職種が集まるのは、余命が見えてきた時に医師が号令をかけてというのがタイミングだと思う。ケアマネジャーからアプローチをすると長年をかけてその方の思いという面からのアプローチとなる。
- ・担当者会議はケアマネジャーが号令をかけて開催できる。人生会議は先生が号令をかけて開催するので誰が主体になって開催してもいいと思うがケアマネジャーが開催するのはおこがましいのかなと思う。

#### 司会

- ・誰が開くのかは大事なことだと思う。先生に振るのもしづらい、本人や家族からも難しい、誰が音頭をとるのが今後の課題の一つになるかと思う。

#### 生活相談員

- ・看取りまでお世話をする中で、病状や様子、バイタル測定もするが、何よりも本人の様子を見て痛みがあれば痛みの緩和、苦しいのであれば酸素療法などを行い、できる範囲の医療でご家族にも入っていただきながら対応している。

## 4 グループ

### テーマ①

#### 介護支援専門員 A

・私自身が ACP に関わったことはないが他のスタッフが関わったことがあります。

#### 介護支援専門員 B

・エンディングノートを渡すことまでしかしたことがなく、ACP に関わったことない。

#### 介護支援専門員 C

・ACP の形ではないが、今後どのようにしていくのか具体的な話しを担当者会議やモニタリング時に話したことはある。

### 薬剤師

・担当者会議に参加することはあるが、ACP として参加した事はない。

### 介護福祉士

・参加したことはあります。こうしたことをしていきたいと思いますという出口ではなく、入口として生き立ちや生活、仕事、友人、趣味などからスタートして理解していきながら、結論は出なかったが本人・家族と専門職で話し合いをした。

#### 司会

・サービス担当者会議もあるが、ACP とはどこが異なりますか？

#### 介護福祉士

・状態が良くない、予後が計れる状態となった時に「どのように」ということを会話の中から引き出していき、それまでの担当者会議とは内容が異なっていました。

### 介護支援専門員 B

・医師とケアマネジャーではスタートが異なり、そこまでの ACP を行っていくのは難しい。また、キーパーソンや家族みんなが集まって話すのも難しい。後々になって私は聞いていないとおっしゃられるご家族もいる。胃ろうを作るか作らないかで家族間でも考え方が異なり、ケアマネジャーが主体でおこなうのは難しい部分があると思っている。

### テーマ②

#### 介護福祉士

・施設勤務です。そこまでのズレを感じることはなく同じ方向を向いているというスタンスです。顔見知りでもあるのでズレは感じない。

#### 介護支援専門員 C

・職種ごとに自立のありかたが異なる。ケアマネジャーの意図している自立とヘルパーやデイの意図する自立がズレることがある。方向性は一緒でもたどり着く場所が若干ズレていることがあるので理解していただいたり、調整が難しいことがあります。

具体的には、部屋をきれいにするためにヘルパーが支援に入る。ケアマネジャーは掃除の習慣化のために一緒に掃除をしてご本人に掃除の必要性を分かってもらいたかった。しかしヘルパーが主導的となりご本人は座っている。部屋がきれいになるというゴールは同じですが、ズレが生じている。自立の幅も広いので、合わせるのが難しい。

#### 介護支援専門員 B

・多職種というより立場の違いで意見が違ふと感じました。訪問介護と通所介護の職員、訪問看護と通所サービスの看護師の考え方の違い。同じ職種でも立場が違うことで意見や方法に差があり調整が必要なことが結構ありました。

・デイからすると訪問で「ここまでできるでしょ」、訪問系は本人・家族の意向に沿って、「ここまでにしている」といった立場の違いで意見が合わないと思いました。例えば排便、便を出し切ったほうがいいのではないかという意見と、自然なタイミングで家族に任せていいのではないかといったことです。

#### 司会

・それはお薬も変わってくる？

#### 介護支援専門員 B

・薬はきちんと飲まないといけないという考えと、ある程度家族に任せていいのではないかというギャップがあったりします。

#### 介護支援専門員 C

・意見の相違を感じたことはないが、関わる時にきちんと伝わっているかどうか、それぞれの思いを考えないといけないと思った。

### 薬剤師

・排便状況をとても気にすることがある。便秘や下痢ぎみで薬物治療をおこなう際の評価に対してケアマネジャーが計画表を渡してくれる。しかし、私たちが思う評価と専門職の思う評価に少し相違がある。評価の仕方が違うのではないかと、ズレがあるのではないかと感じます。

・施設によってバイタルの捉え方に違いズレというより差がある。バイタルを大切にしている施設もあれば、きちんとデータが取れていない施設もある。そのデータによって血圧治療に関しての医師への報告がづらいことがあります。

## 司会

・そのようなときに助言はされますか？

## 薬剤師

・血圧が高くなりすぎていると、医師が見逃しているかもしれないので増量や、血圧の抵抗性が上がっているようであれば変更を提案する。  
・血圧の低下はふらつきや転倒につながったりするが血圧を維持するようであれば、ふらつきや転倒防止として手すりの設置をケアマネジャーに報告するのでバイタルは大切だと思います。

## 司会

・他に同じゴールだがプロセスが違うなどありますか？

## 介護支援専門員 C

・排便に関して、医療的視点でいくと薬で調整となるが、その他にも便秘体操や水分を多めにとるなどもある。若いころから便秘ぎみだったという方もいるので情報の共有が大切。薬でお腹がいっぱいになってしまう方もいる、食事をよく噛んでしっかりとることも便の出やすさにつながっていくと思う。多職種の意見がいただけることで便秘に対してのゴールが変わってくるのではないかと思うが難しいことだと思います。

## 介護福祉士

・便秘症の方は多い。3日出なかつたらどうするのか、対応として薬・体操・食べ物などあるが、どういう風に試していくといいのかという意見を本人も交えて考えていけるといいと思った。医師や看護師は座薬など薬を使用するのがいいとなるが一考するのも有りだなと思った。  
・腰痛も薬なのか、リハ職に聞いて体操にするのか、姿勢も楽なほうがいいのか負担をかけたほうがいいのかなど意見交換できる場があるといいのかなと思った。

## 介護支援専門員 B

・責任感の強い方ほど、強い提案がある。両者の意見が一致しない時に折衷案をとるのか、どちらかに合わせるほうがいいのか悩むことが多く皆さんはどうされているのか聞きたい。

## 介護支援専門員 A

・意見が合わない時は双方の話を聞き、できるだけ本人の意向に沿うようにする。話し合っていると、それまで自分の持っていた考えとは別の考えが出てきて方針が決まったことがある。話を聞くことが大切だと思います。

## 介護支援専門員 C

・ゴールは同じ方向を向いているので、どこに到着するのかというところを話す。その中で本人・家族の意見に沿うために一番いい方法を皆で話し合っていく環境を作ることが大切だと思います。

## 介護福祉士

・主観を優先するところもあるが、A 者と B 者双方の考えをお互いに理解し、その方にとってというところで話し合うことだと思う。

## 薬剤師

・薬局薬剤師は情報をもろう立場なので受け身、現場にいる方の考えが第一なのかと思う。薬剤師はズレというより情報不足のためズレにつながっていると感じることはある。今回皆さんの考え方や立場のズレなど気付くことができ大きな収穫だと思う。

## 介護支援専門員 B

・話さないことには解決の術が見つからないと思う。コロナ禍ですが話し合う場をどうにか設けていきたいと思っています。

## テーマ③

### 介護支援専門員 B

・うまくいった例。頂点に本人・家族、その下に医療系サービスの方たち、その下で福祉系の方たちという逆三角形の理論で、どう支えるのかと話し合ったときに、各々がどういう役割を持って支えていくかという話し合いができ、うまくいったことが多かったのも今も心掛けている。ケアマネジャーとしては全体が一番下にきて皆さんの潤滑油のイメージで取り組んでいる。

## 司会

・それは、皆さんが一堂に会しておこなったのか？

## 介護支援専門員 B

・事前に意見を聞くなどして土台を作ったうえで話し合いの場を持つことで、うまくいった。

### 介護支援専門員 C

・例え話だが、週3回のデイサービスを利用して2週間が経過した頃、利用者が「足が痛い」と言っているとの報告をヘルパーから受けた。公営住宅の4階に住んでおり、デイサービスの利用で週に3回、4階までの階段の上り下りをするようになった。デイサービスの職員と筋肉痛ではないかと話をした。自宅に閉じこもっていた方が外出するようになり2週間経った頃だったので筋肉痛でもおかしくないのでは、お風呂で外傷がないことを確認し、ヘルパーの様子を見てもらうこととなった。会話などのちょっとした意見交換で意外な発見につながることもある。

## 司会

・日常の情報交換はどのようにされていますか？

## 介護支援専門員 C

・デイやヘルパーが逐次報告をしてくれる。この方は独居の方で生活背景が大きく左右するため、ヘルパーが足の痛みを心配していた。デイとヘルパーが交わることは少ないのでケアマネジャーが入ることで、いい情報のキャッチが

ールができる気がする。

### 介護支援専門員 A

・情報のキャッチボールは、ヘルパーはよく情報をくださる、デイや家族とも情報を共有しています。知らなかった新しい情報がいただけるので、家族とも電話やLINEで情報共有をしています。

### 介護福祉士

・施設では、コロナ禍でご家族の面会ができないので、仲介役をしている。現在はご家族よりも家族に近い状態にあるので、ご家族に安心していただけている。

### 薬剤師

・担当者会議は、ケアマネジャーが議題を出してくれているので話しやすく、目標など計画もたてやすかった。  
・情報のキャッチボールでは、薬剤師から情報共有することが少ないと思いました。情報共有をしていく必要があると思っている。

#### 司会

・薬以外の部分で気づくことなどはありますか？

#### 薬剤師

・寝たきり状態が続いている、退院後に足腰が弱くなり車イスでの移動が多くなったなどの情報を聞いても薬剤師がどのように対応しているのか分かっていない。ケアマネジャーにどのような情報提供するといったいいのかわからない。

#### 司会

・ケアマネジャーから多職種にこのような情報が欲しいなどありますか？

#### 介護支援専門員 B

・薬を変えた時に、良くない方向に症状が出た時は医師と薬剤師のどちらに連絡をするといいですか？

#### 薬剤師

・薬害事象や副作用の可能性のある場合は薬剤師に相談いただければ、薬の副作用を調べてそれが薬によるものかをジャッジすることができる。基本は医師に判断を仰いでいただくのがよいと思うが、薬剤師にも相談していただければと思います。

#### 介護支援専門員 B

・医師と薬剤師の両方に相談するとよいですか？

#### 薬剤師

・そうしていただけると薬剤師としては助かります。

## 5 グループ

### テーマ①

#### 作業療法士

・延命の意思を本人に聞けなかったことがある。新規契約時に事前指示書、延命をしたいかなど聞くようにしている。

#### 司会

・事前に書面で意思表示してもらおうということですか？本人やキーパーソンも含めて聞いていく？

#### 作業療法士

・契約時に家族がいれば一緒に聞か、大体は支援の会話の中で聞いていきます。

### 介護支援専門員 B

・人生会議としてではないがターミナルケアの患者の初回の担当者会議という場に参加したことがある。これからのことやサービスについての話をしています。

### テーマ②

#### 介護支援専門員 C

・在宅に帰った初回時に同席をさせていただき医師も含めて多職種で今後の方向性について話をする。その中でご家族の気持ちのずれがあって、医師の話で受け止められない部分とか、他職種間で意思統一が難しいと感じた。支援や担当者会議で医師や看護師と関わっていく中でズレは生じながらも、少しずつ皆の考えが合っていると思う。

#### 司会

・立場的に医師に意見が言いにくい、医師の考えは違うのではないかとという時に伝えにくいなどでズレを感じる事がありますか？

#### 介護支援専門員 B

・医療職からみる医療優先の立場と自分たちケアマネからみる生活優先、その方の思い優先とか、違いを感じる事はある。

#### 薬剤師 A

・患者や家族の気持ちと医師の方針の板挟みになることがある。在宅の寝たきり患者でオムツを使用していたが排尿困難で導尿が開始された。医師はその方が家族や看護師のケア負担が楽になるからよかったと話されたが、家族は年齢も若いのでオムツでみたかった気持ちがあった。その気持ちを医師に伝えようかと話したが、わがままな患

者、手のかかる患者と思われたくないのもう少し様子をみたいといわれた。患者や家族の希望と医師の方針とをうまく擦り合わせるのが難しいと思った。

### **作業療法士**

・違う職種と意見の違いはあるが意見をいいあって話して解決している。内服薬が多い患者がいて、その中には飲みたくない人もいて理由がそれぞれにあるが訪問看護師は薬はとても大事、絶対朝昼晩欠かさず飲まないといけないという方がいる。1回飲まなくても特にそんなに変わらないと先生たちも言われるので、そんなにきっちりしなくても、もう少し患者の意見を聞き柔軟に対応できるのではないかなど、それぞれの支援でズレはある。同じ職場内であれば何とか解決できている。

### **介護支援専門員 A**

・入職したばかりで新規を受け持ちしたばかり、担当者会議も参加していない。  
・要介護度3、ガン末期の方のカンファレンスがあって医師が患者の気持ちや今後どうしたいのかを引き出すのが上手くて相手に安心感を与えていた。自身の親をガンで亡くしたが、在宅でそういう風に看取れなかったのがとても感動した。末期の患者も安心したと気丈で明るい方だったがその時は涙ぐんで在宅を選んでよかったと話していた。医師がポリシーを持って診療していることが新人の自分にも伝わった。

### **司会**

・以前急性期の病院のソーシャルワーカーをしていた。業務の中で同じ医療同士でも医者同士、看護師同士の同じ職種でも立つ位置が違うと考えも違うと感じていた。急性期の医者の立場、在宅での医者の立場でも考え方が違っていた。病院としては治すこと帰すことに重きが置かれていて、在宅では帰った後のことや果たして帰れるのかという話になってくる。その辺でもかなりズレがあると感じて、その辺を調整するのは難しいと思いながら働いていた。

### **テーマ③**

#### **介護支援専門員 C**

・自宅に帰った当初にズレがあった。退院時に話を聞いていたが本当に家でみていけるのかという不安を抱えたまま退院したご家族が、退院して時間が経つにつれ、やはりみれない、家では厳しいかもしれないとなった時があった。訪問看護師や、医師が訪問して話をしていく中で家でみていくことに対して少しずつ前向きになり受け止めていった。緩和ケア病棟の話も出ていたが最終的には自宅で看取りますということになり最期は自宅で看取りができた。  
・全てのケースが上手くいくわけではない。自宅に2、3日でも帰れてよかったと言ってくれた家族もあるが、帰った翌日に亡くなられたケースもある。どのタイミングで帰れるのか、帰す話になるのか本当に難しい。家族も退院の受け入れがすぐにできる方、二の足を踏む方もいる。病院から退院する時に詰めて話ができるといいと感じる。

### **司会**

・入院している病院から退院前のカンファレンスとか詰めて話すのは難しいですか？

#### **介護支援専門員 C**

・コロナ禍の影響もありカンファレンスができる場合とできない場合がある。カンファレンスに参加する機会は減っている。病院での姿しか見ないで、家に帰ったらどうなるのかが見えてない、ターミナルの方はこのまま帰ってどうなるんですか？と家族の言葉をよく聞く。このズレの修正はカンファレンスが行えて帰っている方は、また話してズレを修正していけるのかなと思った。

### **司会**

・コロナ禍で医療側と在宅側で情報の行き違いや連携の取りにくさを感じる。少しずつ解消されると良いと思う。

### **薬剤師 A**

・訪問看護師から患者が薬を日付通りに飲めていないと相談があった。本人は「日付け通りじゃなくても入っている物は一緒なので飲めていれば問題はない」とあまり気にしていない。妥協や完璧さをどこまで求めるかという話し合いがコロナ禍でうまくできていないので上手く連携が取れればと思うのが何件かあった。

### **司会**

・その方は訪問の薬剤指導をしている方ですか？

#### **薬剤師 A**

・訪問を担当している方もいるがそうでな方もいて、訪問看護師から相談されたが担当ではなかった。薬局の介入が必要であれば紹介や相談をうけるのでケアマネを通して話している。相談があれば対応したいと思っている。

### **司会**

(途中参加医師に)グループワーク②について質問

### **医師**

・医師と話すと患者、家族は遠慮しているところもある。多職種の方が言いやすい部分もありミーティングで医師の知らない情報を知ることができたりする。医師が一方向的に言ってしまうと、向こうは医師が言うことだから余計なことは言えないという所もあると思う。多職種、家族でミーティングすることでいろんな意見がでて医師にも反映できるので今後の治療方針にも繋がると思う。

### **司会**

・急性期病院と在宅に移行していくなかでのズレは感じますか。

### **医師**

・急性期の病院では家族と話するのは断片的で、患者とは毎日会って話をしているが、悪くなった時どうするかという話になった時も家族とはあまり話してなくて、家族の気持ちを汲み取れてなかった。在宅医療をはじめて、注力しているのは家族とのコミュニケーションを大事にしている。ガン末期の患者に対して細かい説明はしていなくて、患者は自分の体の事なので悪くなっていくと悟っていく。人にもよるが厳しいことを言うと落ち込んでしまう方もいる。家

族は協力して在宅をする上である程度病状を知る必要があるのでは、とりわけよく説明するように心がけている、それが急性期病院に勤務していた時との大きな違いかな。

#### **司会**

・家族間でズレが発生した場合に進めていく工夫はありますか。

#### **医師**

・本人からいろいろしてくれるな、と言われていても、いざ悪くなった時に家族に聞いても決めきれない。悪くなったときに決めた家族に精神的な負担が強くなる。家族にすべて委ねるのではなく医学的にこうした方がいいですよと本人の意向に導く。家族に選択肢を与えると負担に感じると思う。家族間で話すのも難しく、仲良く話せる方がいいけど、普段コミュニケーションを取っていない家族もいるので仲介役が必要と思う。きっかけがないと、このような話はしないので仲介役を医師なり多職種でやっていかないと家族間同士だけでは難しい。

#### **司会**

・他の事業所の他職種とのズレを感じた時はその都度話をしていく感じですか？

#### **作業療法士**

・タイムリーに連絡しあえないことがあり困ることはあるが、時間を見つけて話をしている。事業所間、施設間でズレは多い、その人との関わりでちょっと上手くいかないことは多い。

#### **司会**

・ズレについては皆それぞれ感じている。職種間や家族間であったり立場的なズレがあると思う。講話にあった様にズレ自体はあって構わない、みんなちがってみんないってことだったので、それを必ずしも修正して同じ方向を向いていく必要もないのかなと思う。一番大事なのはコミュニケーションを取っていく、当たり前のことしかないと思う。少しでもコミュニケーションを取れる関係性を作っていきながら、遠慮することなく意見を言う事が大事かなとあらためて思った。

#### **長寿福祉課**

・今回の話を聞いて多職種間で考えが違うというのがあるかなと思った。  
・最終的に本人、ご家族に決めていただくようになるが、講演の意識調査の中で ACP について知らない考えたくない方が過半数いると調査で出ているのでエンディングノートなどを活用していくことで普及啓発繋げていきたい。

#### **司会**

・講師はエンディングノートや書面で残すことが逆に妨げになる事があると話していたが。

#### **医師**

・書面にすることは考えるきっかけにはなるが自分だけが解っていてもしょうがなく、家族に理解してもらおう場をつくるのが大事。  
・主役は患者。在宅でこれはもう看取りですよと言っても、家族がもっと生きられるのではないかと希望を持っていることがある。もう少し治療ができる希望があったとしても、本人の意思を尊重してこれ以上はしない。患者の意思が残ってる場合の優先度的は高い。

## **6グループ**

### **テーマ①**

#### **薬剤師**

・在宅医療を最近取組みはじめたばかりなので、人生会議をやったことはない。

#### **訪問看護師**

・ACP は事業所でよく行っている。

#### **介護支援専門員 A**

・担当者会議の中で、今後のことをふくめて何度か実践したことがある。

#### **介護支援専門員 B**

・ACP について、父親に大動脈瘤があり、担当医と家族間で実践として行っている。医師は命を延ばす、助けるということが最優先。でも家族としてみれば、苦痛がないようにということがあるので、そこにズレがあると感じている。

#### **社会福祉士**

・急性期の場面で、人生会議に関わることは少ないと思う。個人的に在宅で親を看取っているの、往診医とそういった関わりをもった経験がある。救急で受け入れる短い期間の中で、人生会議を設定することが厳しい状況と思っている。

#### **包括支援センターA**

・比較のお元気な人との関わりが多い中で、本当にどれくらい聞いているのかなと思う。しいて言えば自身の親のことで、じわっと意向を確認することはしている。「その時になってみらんとわからんわ」みたいなことを言われるので、難しい。

#### **包括支援センターB**

・人生会議という形で開いたり参加したことはないが、大分市が作成しているエンディングノートを欲しいという利用者がいて、それを基に一緒に話をしたことがある。包括の担当は要支援の人なので、ゆっくり考える時間がある。家族と関



係性ができてくると話せる時もあり、「最期の時をどう考えてますか？」と話をすることがある。ただ、夫婦間や家族間での違いが強く、「そんな縁起でもないこと言わんでよ」と家族で喧嘩になることもある。

## 長寿福祉課

・仕事上で会議に参加することはないが、自身の父親を在宅で看取っており、経験としてはある。いろんな職種の意見を聞きながら、父のためになるはどうかというのを考えてきた。

## テーマ②

### 訪問看護師

・ACPをするケースは、人生の選択肢を迫られている人が多く、家族がそのことを理解していない。終末期でこのままでいけばそういう状態になるけど、家族や本人がその理解をできていないかなという時に関係事業所と話し、「そういう状況であることを知ってもらうことが必要だね」と主治医にもちかけ、「じゃあ ACP しようか」となる。

・終末期に延命をするかどうか…今までであったのは「胃瘻造設をするかどうか？」「気管切開をするかどうか？」というきっかけで集まって行っている。看護師として今ある状態と今後予測されることを話す。

・気管切開をするかどうかという人の話で集まった時に、主介護者の夫が迷わずに「気管切開をする」と答えた。妻は意思決定ができない状況なので、ちょっと待ってと言う感じで娘と主治医とケアマネジャーが「本人はこういった状況になった時に希望するかな？」と、夫に一旦考えてもらった。夫は何があっても生きてほしいから絶対に気管切開をするというけど、本人だったらそれを選ぶかなと振り返り話をした。結果として、気管切開をしたいという夫の意向を共有・納得し、気管切開をした。家族は本人の意思表示ができない場合に、自分の意思で走ってしまうので、一度立ち止まってよく考えようよという役割も、看護師としてすごく大切だと思った。

### 介護支援専門員 B

・74 歳の父、要介護2で週 4 回デイサービスに通うのを楽しみにしている。54 歳の時に脳梗塞で左半身麻痺となり 20 年がたつ。介護保険が整備される前までは病院に長く入院していたが、介護保険が成立してからは自宅に戻り、母と 2 人で生活している。

・大きなデイサービスに通っていたが年齢が若く、なじめず現在は利用者が 15 名くらいの小規模デイサービスを利用している。アットホームで父の想いによりそってくれ、父の考え方が変わってきた。週 2 回からはじめて、週 4 回と利用回数も増えていき、自宅に引きこもりがちだった父に社会とのつながりもできてきて、いいところが見つかってよかったねという矢先に、動脈瘤が見つかった。

・動脈瘤がいつ破裂するかわからない状態で母と生活しており、母の心理的負担も考慮した時に、今までは 2 人で生活していたが月 1 回の受診だけは自身も行くようにした。その中で医師と、「今後動脈瘤が破裂するかもしれないけれど、どういう風にしていくか」話している。「デイサービスでのリハビリは、動脈瘤が心臓近くにありいつ破裂するかわからないので、あまり負担はかけないようにした方がいい」というのがデイサービス側の意見、ケアマネジャーも同意見。父は動脈瘤が見つかったことで特別視され、今までと環境が変わってきたことに不満。医師からは「現状維持で、リハビリもしなくていいのでは？」と言われていた。本人の生活の質、QOL はさがっていくばかりで、父が楽しく通っていたデイサービスでなくなったことが、家族としてはどうなのかと思っている。

・病院、デイサービス、本人、家族で話し合いをした時に、「いつ破裂しても何も言いません。」とはっきり伝えた。「破裂した、リハビリしたから悪くなった」とかそんなことも言わないし、脳梗塞後に 20 年自宅で過ごしているのだから、本人の生活の質を下げて穏やかにというよりは、人生を全うしてくれたほうがいいと思っている。

・父の今の気持ちを汲んでほしいとケアマネジャーとデイサービスにお願いをして、できるだけ負担がないように自宅での生活を続けている。お風呂に関してはまだ若いので、デイサービスでは入らずに自宅で入りたいと頑張っている。自宅が古く浴槽がタイル貼りであり、実際に入浴中に転んだりもしているので父には、「寒くなる時期は破裂する可能性も高くなる、入浴はデイサービスでしてほしい」とお願いをして、「秋くらいになったらデイサービスで入ろうかな」と父もサービスを受けることに対して歩みよってくれている感じ。急には無理だけど、お互いに少しずつどこかで折り合いをつける。母が 1 人で看ているのが心配。朝起きたときに亡くなっている可能性もある、目覚めた時には父が息をしているか確認してほしいとお願いしている。

・喧嘩ではないけれど、医師は命を助けたかったので、「こうした方がいい」とアドバイスをくれるが、それが家族や本人にとっては負担になる。医療側の気持ちはわかるが、家族としては今まで父が生きてきた人生を考えた時に、それは今更負担でしかないと話して、医師にお願いしている。

### 介護支援専門員 A

・人生会議を直接した感じではなく、何度か行う担当者会議の中で本人の意向、「慢性心不全があって、施設には入りたくない。家で過ごしたい。」など、どういう生活をしていきたいということを各事業所と共有をはかる。

・少しずつトイレに行けなくなったり、食事がとれなくなったりする中で、どこまで本人の意向にそうなのか？訪問看護ステーションと共有、協働する中で、医療である看護師、在宅医療における訪問看護師として本人の安全面が 1 つのポイントになってくる。それだけではなく、どうやったら本人の想いにそえるのか。福祉用具事業所の知恵を借りてトイレの動線や、最期まで自宅で風呂に入るためのバスリフトをどのようにするのかなど、本人の意向に沿ったそれぞれの専門職のアイデアや意見を家族と共有しながら、各サービス事業所と同じ方向、ベクトルに向ける役割が、介護支援専門員としての使命なのかなと感じながら実践している。

## 長寿福祉課

・本人の意向に沿って、それぞれの職種が考えをだしあっていく。終末期の在宅を支えていくということになると思う。

・自身も自宅で父を看取った時は余命を宣告されたところからはじまった。本人の「自宅で過ごしたい」という意向に対し、医師がこれから先どういう風になっていくか説明をして、イメージをつけてくれた。いかに痛みなどをコントロールしながら

らやっていくかというところで、ケアマネジャーたちが寄り添ってくれた。延命を考えて医師が携わる、本人の希望を介護職が重視するとか、それぞれの視点があると思うが、講話でもあったように、それぞれのアプローチは違うが最終的には本人がどう過ごしたいかという目的が一致していれば、辿りつくところは同じなのかなと思っている。現場で皆さんが感じるところとは少し違うかもしれないが…。

### テーマ③

#### 社会福祉士

- ・父がMDSで在宅輸血療法を2年くらい自宅で行っていた。長い期間かけて親を看取るとなると、老いの受容も本人と一緒にできてきたり、人生会議のような話を家族の中でもしやすい環境ができてくる。
- ・急性期の場面にいると、1~2週間で救命を一番に考えている中で、家族の受け止めもまだできていないのに人生会議を入れていくのは厳しい状況にある。1つ言えるのは、「どこかで何かあった時の話は考えておく必要がありますね」という言葉くらいの声かけというのは機会があれば言うようにしている。ただ医療機関の役割、機能もあると思うので、お互いの機能の役割を常に共有しておく。
- ・救急を受け入れる医療機関では、外から「短い間に何でこれができないの？」と言われることがある。コロナ禍で患者家族と会えるのは入退院時、1~2週間で帰さないと、コロナの影響で受入れが厳しくなっている状況。必要な医療を多くの人に提供できるようベッド調整や管理をしないと、大分の医療の破綻が目前にきているとの想いで転院支援や退院調整をしているが、お互いの機能がわかることで、いい意味でバトンを渡すことができるようになるのではないかと思う。それぞれの役割をうまく活かしていける流れが、患者さんの想いに一番寄り添っていけるのかなと思った。

#### 薬剤師

- ・在宅の経験が浅く、人生会議もしたことがなく、皆さんの話を聞くばかりになってしまった。地域ケア会議に参加したことがあり、今まで外来の薬局での仕事をメインで行っていたので、他の職種と比べて視点が違ったり、薬を通しての視点になるが、副作用ないかな？ちゃんと飲めているかな？というチェックの携わり方をしていることが多い。地域ケア会議で他の職種の話を聞いた時に、生活をよりよくするためにこういう支援が必要だということに憧れていた。薬局薬剤師が苦手とする部分だと思うので、自身がこれから経験を積んで、知識を手に入れたり、他の職種の人と協働していきたいと思っているので、今回の話はいいなと思って参加した。

#### 訪問看護師

- ・訪問看護師の視点として、先ほどの気管切開をする、しないという人の話になるが、主介護者の意見を立ち止まって考えてもらう役割もあるが、気管切開をした場合に今後の生活がどうなるのかを私たちは予測できる。在宅で気管切開して夫が介護をしていくとなると、吸引を頻回にしないといけなとか、気管周りのケアをしないといけな。そういう情報をしっかり与えて、「気管切開を選択するということは、これから吸引をどのようにしていかないといけなですよ」「もし主介護者である夫に何かあった時はどうしますか？」と老老介護で診ているから、夫が気管切開して長生きしてほしいと思っても、夫自身にも何かがおこる可能性もある
- ・家族が選んだ場合の選択肢のその後の生活が私たちには見えてくるが、家族はそれがわからない。長生きしてほしいからとりあえずそれを選択するが、実際にどのように生活していくかというは見えない。選択肢を伝えて、この選択肢を選ぶことでこういうことが起こる、その時にはどうするかということをしっかり伝えて、その上で決めてもらう。こういう場合はどうしますかという情報をしっかり伝えることが看護師の役割だと思う。

#### 介護支援専門員C（包括支援センター）

- ・家族にイメージしてもらおう。こうしたことでこういう風になると伝えることが大事だなと思って聞いていた。
- ・自身の家族もガンで、手術後にどうなるかという話を医師に言われてはじめて考える状況で、その先の想像が難しい。その先について一緒に考えていくことを仕事ではしてきているけど、予測がつかない難しさがある。専門職からそういった情報を伝えて話ができるといいなと思う。
- ・それぞれ見ている視点が違うので、情報共有が本当に大事だと思う。介護支援専門員Aが、皆で同じ方向、ベクトルをという話をしていて、見えないまま話に参加するのというのは全く違うと思った。

#### 介護支援専門員B

- ・みんなで同じ方向を向いて、その終着地がどこなのかわからないけど、同じ方向でサポートやケアをすることは、家族としてありがたい安心できると思う。その軸はぶれないようにしたいと思っていて、みんなで同じ方向でケアしていこうねと職員と話している。

#### 包括支援センター

- ・訪問看護師が医師から「人生会議をしたら」というアドバイスがあって開催したとあったが、人生会議を開く時の招集で中心になって動くのは、居宅のケアマネジャーになるのか？どんな感じで開催するのか？雑談という形から入るのか？

#### 介護支援専門員A

- ・ケースバイケース。さまざまなインテーク、介入がある。例えば訪問看護で気管切開したらどうなるか、介護力は？在宅支援はこのまま続けられるのか？という支援者側からの必要度が、「先生いかがでしょうか？」という時もある。ケアマネジャー側が、こういった病状疾患を持っているので、予後予測的なものをたてながら、担当者会議で短期的な目標、トイレに行けなくなる、食べれなくなるといったフレイル等も含めた実生活で変化、経過を尋ねながら、本人と家族の意向が違う時に、それを軌道修正させるためにそれとなく担当者会議で、各事業所の意見を聞きながら、「こういう時はこういう風にしていきましょうか」という簡単な着地点ですることもある。ケースバイケースでの人生会議、担当者会議の延長がケアマネジャーは多いのかな。