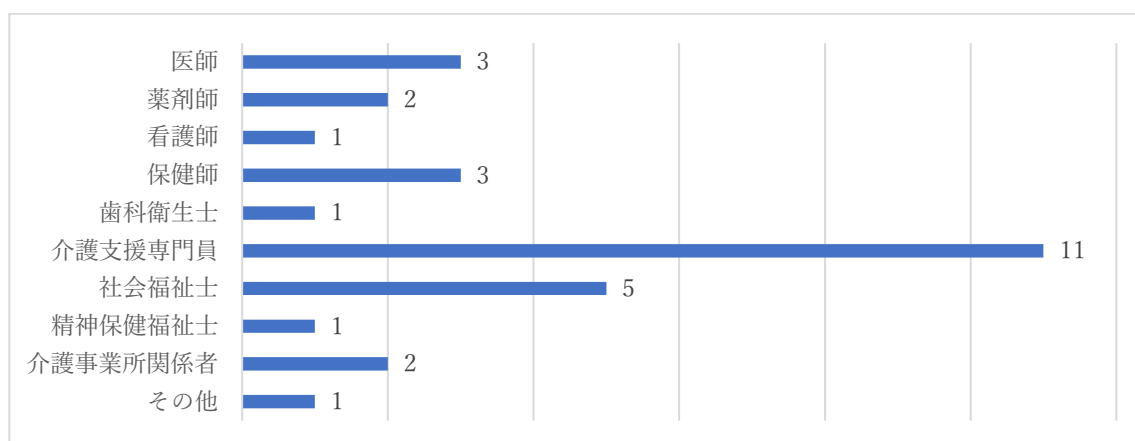


第5回城南・賀来圏域地域連携検討会 報告書

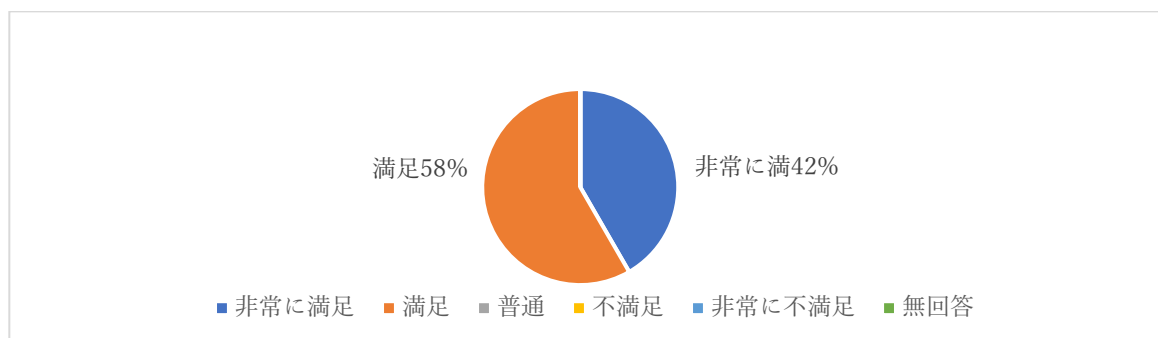
- 1 日 時 令和3年2月15日（月）18：30～20：15
- 2 参加方法 Zoom ミーティング
- 3 内 容
 1. 講話「ACP 今私たちができること」
講師：大分県介護支援専門員協会
看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士 宮崎和美氏
 2. グループワーク 城南・賀来圏域の医療・介護連携について
「ACPにおける意思決定支援について」

4 参加者数（30名）の内訳



5 アンケート集計結果（回答者12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



- ・Zoomでの開催だったため、気軽に参加できました。また、ACPの研修に興味があったため、とても満足のいく内容でした。（介護支援専門員）
- ・色々な立場の方々の意見を聞いてとても参考になった。（介護事業所関係者）
- ・直接会って話し合うのと同程度の効果があったと思います。内容の選定も良かったと思います。（介護支援専門員）
- ・ACPについて考える良いきっかけとなりました。多職種の意見を聞いて参考になりました。（介護支援専門員）
- ・ACPについては支援のスペンが長く信頼関係が構築されていれば、ご本人からポツンとこぼすように「何もせんで」とか「最後まで頑張るから胃瘻でいいかなあ」とか言われることはありますが、ターミナルケアの担当者会議の際は、先生方や訪問看護からの確認が多くケアマネから

確認することがないのが現状です。しかしながら今回の研修で辛島先生がおっしゃったように早めに話せる時に確認が日頃の会話の中で出来るようにしたいと思いました。(介護支援専門員)

- ・地域の他職種の方のお話を伺う事ができた。ACP というデリケートな問題へのアプローチの仕方が分かった。(薬剤師)
- ・ケアマネとして引き出しにくい部分の事なので、非常に勉強になった。(介護支援専門員)
- ・初めての参加でしたが、他職種の方々の意見を聞かせて頂いて、とても勉強になりました。(ホームヘルパー)
- ・人生の最終に、本人の気持ちをいかにうまく聞き取ることが大切か、また本人家族の納得のいく ACP に取り組んでいけるよう協力も必要と感じました。ヘルパー支援時は、ほぼ内容、方向性は決まっているのでケアマネジャーの大変さがわかりました。(ホームヘルパー)
- ・他の方の ACP の現状が知れて良かった。担当者会議で聞く、国の方針と理由を話す等、今後に活かせる話も聞いた。(介護支援専門員)
- ・ACP の取り組みについて理解を深めることが出来ました。(保健師)
- 多職種と ACP についての話し合いが出来、色々な目線から考えることが出来た。(社会福祉士)

問2.講話・グループワークについて

- ・講話は ACP の事を分かり易く纏めた内容だったため、とても理解を深めやすかった。グループワークでは他者の現状、意見等を確認することができ参考になった。事業所内の研修時に伝達予定。(介護支援専門員)
- ・具体的に何を取り組んでいくか。グループワーク内では無理ですが、考えるきっかけにはなりました。(介護支援専門員)
- ・先生方はケアマネがどのような立場で利用者と関係性をもっているとお考えなのか、ACP についても確認できる立場とお考えなのかお聞きしたかったです。(介護支援専門員)
- ・他職種の方々の体験などを聞く事ができて良かった。(介護支援専門員)
- ・利用者の方にも、今後ヘルパーの立場として、エンディングノートの話等の話をしていけたらとおもいます。(ホームヘルパー)
- ・ご家族様の延命処置に対するアプローチの仕方。(社会福祉士)

問3.城南・賀来圏域の医療・介護連携について

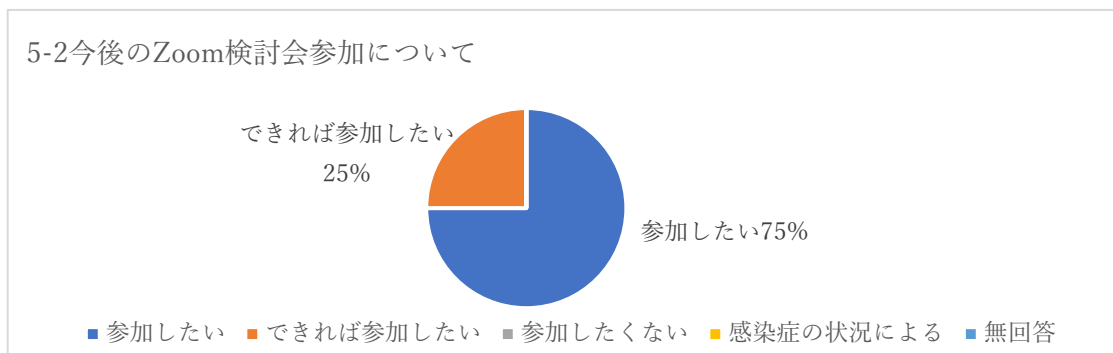
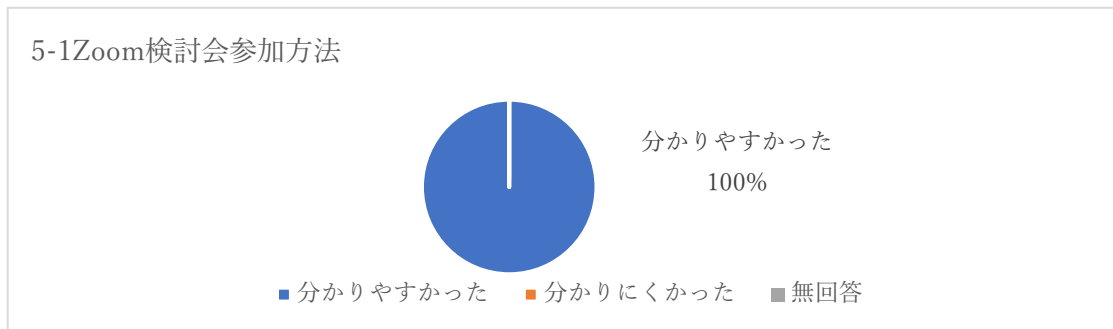
- ・地域包括支援センターの計らいで、しっかり連携は図れているように感じます。(介護支援専門員)
- ・高齢化が進み、独居高齢者や認知症高齢者が増加している。今まで以上に医療・介護連携が必要になってくると感じています。(介護支援専門員)
- ・高齢化が急増しているこの地域でも支援の早い段階で ACP を意識して問いかけ等ができるように日々の業務に向き合いたいと思います。(介護支援専門員)
- ・家族が遠方で疎遠になっている独居の方の対応をどうしていったらよいか。(ホームヘルパー)
- ・このような研修を開いて頂き、勉強する機会もある。病院の参加もあり連携しやすい状況を感じています。(介護支援専門員)

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

- ・単身の方(お一人暮らし、身寄りがいない方)の対応 (ACP を含む) について。(介護支援専門員)
- ・地域での退院時連携会議等の連携について。(薬剤師)

- ・令和3年度の改定に基づき「こんなインフォーマルサービスがある」といった情報提供や、改定のポイントなど共有できる勉強会を希望します。(介護支援専門員)
- ・独居高齢者や高齢者世帯の方との関わり方。(社会福祉士)

問5.Zoom 検討会について



問6.その他、ご意見ご感想

- ・とても参考になり、今後の業務に役立てられる内容でした。(介護支援専門員)
- ・高齢者が急増しているこの地域でも、キーパーソンが高齢の配偶者であったり、子供世代が近くにいなかったりといざ入院や緊急対応が必要な時はすぐに駆けつけられず、Dr.の説明も意味不明のまま聞いてしまい後で「聞いていない」と言われることが増えているように思います。「どう人生を終えたいか」は本人が判断できる段階で確認する必要があると思うので、また同様の内容で啓発されると意識をもって業務に向かうことができると思います。(介護支援専門員)
- ・元気な内にエンディングノート書いてもらっていたら本人の気持ちが分かる。また、定期的に気持ちの確認が必要と感じました。(ホームヘルパー)
- ・Zoomを通じ研修も参加でき、検討会もスムーズに話し合う事ができ良かった。(社会福祉士)

6 グループワーク

「ACPにおける意思決定支援について」

城南・賀来圏域の多職種が ACP の共通認識を持って支援を行っていけるよう話し合いをしていただきます

1グループ

司会

実際に ACP の意思決定支援に取り組んでいる事業所はありますか？

医療ソーシャルワーカー

- ・入院の際に医師から、どこまでの医療を望むか、延命を望むかという形で確認をとっている状況です。

介護支援専門員 A

- ・特には取り組んでいない。

介護支援専門員 B

- ・うちも特に何かしているということはない。

医師

- ・一応入院の時に延命などの必要がある人については話をしたりする。入院時に必ず積極的にしているというわけではない。

施設事務長

- ・入所のタイミングで絶対。契約書を交わすときに説明と家族の意思確認をするが、その後は往診にきている医師から状態が変わる都度、家族と話し合うというような取り組みをしている。

司会

- ・取り組みをしているところと、していないところがありますが、取り組んでいる中で ACP の話をするタイミングが難しかった事例はありますか？

医師

- ・診療の現場で、特に外来診療の合間ではそういった話をなかなかできないのが現状。特に訪問診療の初回診察の時は、外来に来てもらう。その時に家族と本人にだいたい面会する事にはなるが、いきなりそういった説明というのも難しい状態です。

司会

- ・タブー視されているというか、医師からであってもそういう話をしづらいというのがあるという事。初回はそうだけど、だんだん関係性ができてくると話しやすいとかはありますか？

医師

- ・あとは老人ホームで訪問診療に行っている人は、意思決定ができない人が多い。家族と会う機会というのが訪問診療の場合はかなり少ない。その辺の課題は多々あると思っている。

司会

- ・先ほどグループホームでは、その都度、変わるたびに聞き取りをしているということだったが、聞き取りをする内容は少し変わってきたりしますか？

施設事務長

- ・往診の医師から検査が必要といわれるタイミング、検査後に検査でわかった病気がどう進行しているのか、痛みの有無、家族がどこまでの治療を望むのか。施設での看取りを希望し可能な人に関しては、医師をまじえて、どこまでをおこなうのか話をするが、1人1人全然違うので

一概には言えない。看取りの最終になれば毎週のように家族と話し合いをしています。

司会

- ・家族と話し合いということだが、本人の意思表示ができない人も認知症の人の場合あると思うが、本人から以前に聞き取っていた意向を家族から聞く事がありますか？

施設事務長

- ・前まで話していたことを家族が代弁とか、意思をこちらに伝えられるのはもちろんだけど、最期のほうになると、家族から医師に毎回「痛みはありますか？」という質問が多い。グループホームで看取りをする場合も、痛みがないのであればそうしたい、痛みを伴うのであれば入院に切り替えて、病院の方でできる医療的な処置で看取りを行いたいと、痛みが少ない、そこが分岐点となっている。

司会

- ・病院でも家族との聞き取りで、変化を感じたり、そういった対応などのケースはありますか？

医療ソーシャルワーカー

- ・私が入職してまだ日が浅いことがあるのかもしれないが、今のところはそういった人は少ないかと思う。
- ・先ほどの話の補足になるが、医師によって確認する内容も変わってくるので、一概に全員の医師がしているかというのも分かりかねるが、いろんな先生がしているような状況だと思う。

司会

- ・本人の意思表示ができない場合に過去に聞いたことを集めて推定意思という形で伝えるのもあるが、ケアマネ業務をしている中で経験はありますか？

介護支援専門員 A

- ・1～2年前のご家族の話ですが、看取りに入った当初は、母親がご飯を食べられなくなったので「このまま亡くなるんだろうね」と話をしていましたが、気持ちが変わったのか「胃瘻にしてくれ」と急に意向が変わった。看取りでプランを考えていたが胃瘻を造設して施設に入られた。もっと長生きしてほしいという気持ちに変わった事例ですが、気持ちというものは、ギリギリまでわからないという事を感じた。

司会

- ・口から食べられていたのが胃瘻に変わる、そういうタイミングで家族の気持ちが変わる事があるので、ケアマネとして、そういうところを支援しているということ？

介護支援専門員 A

- ・今まで話していたことが急に変わる瞬間というのがちょっと予測できなかったもので、慌てたということがあった。

介護支援専門員 B

- ・入院となると医療になるので、私達がお世話をさせていただくことが大変少ない。亡くなる時は急に亡くなる事が多くて、もう少し何かできなかったかなと考える事はあるが、そこまで行き届かないというのが現状。

司会

- ・後である時はこれでよかったのか、聞き取りができていればよかったなというようなことがあるということですか。

介護支援専門員 B

- ・そうですね

介護支援専門員 C

- ・要支援の人を担当しているが、皆さん自分の最期については、特にひとり暮らしの人はすぐく考えていて、いろいろ情報を集めている人もいる。不安がかなり強く、病院に行けなくなれば訪問診療で医師がきてくれますよ、などといった話をしながら、本人がどう最期を迎えたいと今考えているのかを聞いているような状態です。

司会

- ・包括支援センターは、要支援 1・2 の軽度の人を担当していて、比較的自分の意思を伝える事ができる状態の人ですが、要介護となり居宅のケアマネジャーに引き継ぐ時に、要支援で認知症もそんなでない時期に、もう少し本人の意向を聞き取りした上で、次の担当ケアマネジャーに引き継ぎできればよかったと思う事例がいくつかあった。ACP について元気うちに聞きだすのは難しいけれど、そういった日頃の会話の中で「私こうしたいわ」というのを拾い集めていく必要があると思っている。

在宅医療・介護連携支援センター

- ・私達は直接利用者や患者と関わることがないので、皆さんの意見を聞きながら、それぞれ立場が違う中で、利用者の声を拾っていくというのがいかに大事なのか、コミュニケーションが大事になってくるのかと今の話を聞いて思った。
- ・当センターに勤める前は医療や介護の分野で働いていた、元気になってもらうというところで ACP の話をするというのがタイミングや話のもっていき方など、講師の話を聞きながら難しいと思った。

司会

- ・改めてそういう場をもつというのもどうかと思ったり、本人が抵抗を感じるのではないか、タブー視している人の場合は話を持っていっても拒否されるだろうなというのもある。今話を聞くと、日頃のコミュニケーションの中でそういった事を拾い集めていくというのも大切な事なのかと思った。

司会

- ・介護支援専門員 A の事業所では、中度重度クラスの人が多いと思うが、サービス担当者会議の時に、関係者が集まった場で、そういった話がでたりしたことはありますか？

介護支援専門員 A

- ・本人が「意識不明になっても延命処置はしないでね」と言われても、家族が意に介さないというか「何言ってるの？」みたいな、家族があまり真剣に考えないというか「何を縁起でもないこと言ってるの？」と言って、なかなか議論として先にすすまない、成立しないことがたまにある。みんなが意識的に真剣に考えてない、とらえてないという現状が私も含めてあると思う。

医師

- ・日田の取り組みの話があったが、それが実際にどこまで反映されているのかというのが気になった。医療者の立場から言えば、高齢の人が一方向に死に向かっているわけではなく、いろんな病気で状態が悪くなって、また元気になったとかしている。それこそ鬱で全く食事を食べなくなって、胃瘻を造って、また元気に食べるようになって胃瘻を抜去してとか、ある程度の予想がつくこともある。その辺は本人の意思とは、ややかけ離れてしまうという事もある。都度、家族と話しながら現場ですすめていくのが現状ではある。例えば A 病院に送ったら、中心栄養静脈入れられて、3 か月か半年といくこともあるし、B 病院に行けば、これは看取りだねって

いうことも、あるのが現状なのかなと思う。

司会

- ・本人もそうだが、家族の意見とのすり合わせ、そういった面も含めて理解が得られにくいというはあると思う。ACPが周知されていないところもあり、これがもう少し地域住民に周知されるようになると、普通の会話の中で話しやすくなるという気もする。

医師

- ・大事な事だと思う。

司会

- ・大分市でもエンディングノートを作り、こういう活動を広めている。エンディングノートは、大分市が令和元年に作り、市報にも載って、エンディングノートの欲しい人は近くの包括支援センターまで来てくださいますとお知らせした。市報に掲載された後は、元気そうな70代くらいの人など興味のある人が「エンディングノートを下さい」と取りに来た。徐々にACPというが地域に広がりつつあるのかなと思った。欲しい人はセンターにまだ予備があるので、言って欲しい。エンディングノートを書きながら、ACPの理解を深めていければいいなと思う。
- ・エンディングノートを知っている人は、どういった経緯で知ったのか？

施設事務長

- ・ACPに関する会議が初めてではないので、紹介やそういう時に聞いて知ってはいたが、実際に施設で持っている人は今のところはいない。

医師

- ・病院に置いてはあるが、活用はしていない。

司会

- ・エンディングノートを、はいつて渡すのも抵抗感があると思う。抵抗感がなくなるような感じで周知がすすめばいいと思う。大分市の地域包括支援センターで終活というのが取り組み事例であがっている。今年度はコロナ禍とあって、エンディングノートの周知というところまではいかなかったが、来年度はエンディングノートを活用して、ACPの普及とともに、地域の高齢者向けのサロンにて、周知活動ができればと思っている。
- ・ある地域包括支援センターのセンター長に終活の対応でエンディングノートの活用や展開状態はどうかと聞いた時に、去年配布した時よりも今年配布した時の方が受入れが良かったので少しずつではあるが、エンディングノートや、ACPが地域住民に広がっているような印象を受けたという話を聞いた。この地域でも来年度は展開していきたいと思う。

司会

今回の研修の感想を一言ずつでもお願いしたい。

医療ソーシャルワーカー

- ・初めて、城南・賀来圏域の検討会に参加して、本当に他の人を知らない状況だったので、いろんな職種の人を知れた事もよかったと思う。リハビリ病院ではあるが急変等もあるので、今後の支援の中でACPを考えていかなければいけないと考えるきっかけになった検討会だった。

医師

- ・待合室とかに、書類や冊子を置いておくだけで、患者さんは割と手にとって見ていると思う。そういった事を活かしながら、外来で、明るく話ができる環境をまず作ってほしいと思う。

介護支援専門員 B

- ・痰の詰まっている患者が有料に入っていて、救急車に乗ると延命ではないんですよと言われ、

どこまで延命で、どこまで支援をすればいいのかが不明だったりした事も何度かある。人生の終わりについてしっかり考えるという事が、そういう事も含めて難しいなと思う。

- ・タイミングについては、縁起でもないとか、もう延命しないでいいと言いつつ変わったりという事もあるので、いつのタイミングで話をすれば真剣にとらえて話をしてくれるのかが、難しいなと皆さんの話を聞いて思った。

施設事務長

- ・この話題だけは正解が何かっていうのが全然、正解がない話なので、定期的に今後も話しあっていかなければいけない話題じゃないかなと思う。今回話し合った内容も10年後に話し合えば全然違うというか、皆さんの考えも全然違っていると思うので、定期的にこういった話をうちの施設内でももちろんだけど、こういった検討会に参加して、いろんな人の意見を聞いていきたいと思う。

介護支援専門員 A

- ・日本人には死に対してネガティブな印象というか、タブー視して話ができない風土があると思う。実際取り組まれているかもしれないが、小学生や中学生の義務教育のうちから、こういう話をしているんだよという教育の芽も必要だと思う。何よりも自分自身が家族とこういった話をやってみたいなというきっかけになったので、大変よかったと思う。

司会

- ・今回の研修を通して、振り返りをしたり、今後の取り組みについて前向きな発言があったのでよかったと思う。

2グループ

司会

現場で色々感じることもあると思うが、現在行っている、今後行っていきたい取組などお聞かせいただきたい。

医師

- ・特別決めていない。家族皆それぞれ色んなご意思、都合があるので、その場その場で判断している。

医療ソーシャルワーカー

- ・取り決めは、書式で交わすというのがある。ただ、病院でいう ACP と一般でいう、特養などの ACP とは温度差があると思う。例えば、人工栄養、経管栄養などは ACP よりの考え方ではなく治療的な側面でやる場合がある。私たちがいう ACP は、狭義では人工心肺や人工呼吸、挿管、心臓マッサージなどで何とか生きてもらいたいと思ったが、苦しませたくないの、これ以上積極的なことはやめてくださいなど、色んなパターンがある。

薬剤師

- ・在宅の患者は会議に参加すると、今後のケアプランを一緒に考えることがあるが、店舗に来る患者は、なかなかその時間がとれていない。
- ・かかりつけをとっている患者は詳しく色々話してくれるので、今後のことなどを話し合っていますかということを引きかけに介入出来たらいいと、先ほどの講話を聴いて思った。

司会

- ・在宅の患者はどなたが主導で聞いているか。ケアマネが多いですか。

薬剤師

- ・ケアマネが多い。

主任介護支援専門員

- ・ターミナルの方と関わるときに、会議も先生がいるところでして、どういう状態になるか分からないなかで、こちらから ACP に関して提案するということはあまりない。先生が話をするなかで不足がないように準備するよう心掛けて会議をしている。

司会

- ・日頃、定期的な訪問や担当者会議があると思うが、そういった場で本人が話をしてくれるといったことはありますか。

主任介護支援専門員 A

- ・最終段階における患者に会うことがあるが、すごく繊細な部分なので、こちらから提案していくのはちょっと難しいと思う。逆に寄り添う形で対応し、出来る限り長時間にならないように短い訪問を繰り返していく。短いスパンの中で家族、多職種と連携をとっている。

主任介護支援専門員 B

- ・居宅で働いており、ターミナルの方に接することもあるが、しばらく自宅で過ごした後、最期は病院で亡くなる方が多く、ケアマネが直接 ACP に関わるということは余りなかった。
- ・独居で身寄りのない高齢者の方、認知症のある方にも関わっているので、そういう方は、関わっているケアマネが今後のことについてどこかの機会で本人の意向を確認していくことも必要じゃないかと考えさせられている。

司会

- ・積極的にということではなく、定期で訪問するヘルパーに、本人が話してくれるといったことはありますか。

ヘルパー

- ・私たちが訪問する際には、ほとんどしゃべれなくなっている方が多いので、本人よりも家族と話すことが多い。

司会

- ・行政として住民との関りは？

保健師（大分市西部保健福祉センター）

- ・今いる部署は、主に母子保健、成人の保健の方と関わることが多く、高齢者と関わることはあまりない。数年前、難病の患者を担当する班にいたので、ケアマネ、本人、家族を交えて最終的な意思決定をする場面に立ち合い、書面を一緒に書くなど、話し合いに参加した経験はある。

司会

- ・ケアマネとして死期が迫っている方に話をもっていくのは難しいと思うが、元気な方、介護度がまだ軽い方が、訪問する中で、「コロッと逝きたいね」「最期まで自宅で過ごしたい」など自分の思いを話してくれることはありますか。

主任介護支援専門員 A

- ・ターミナル以前でお会いした 90 歳代で認知症状のあまり見られない方は、弱気の発言を聞くことがある。本人にとっては間近な問題と思うが、あまり触れたくない部分だと思うので、言い方は悪いが、そっとスルーしていることが今思えば多いと思う。今、どうなのかというところを大切にしていきたいと思う。

主任介護支援専門員 B

- ・業務上では、「ピンピンコロリで逝きたい」とか「役に立たないので長生きしなくていい」といった言葉はよく耳にするが、具体的にどういうふうな最期を望むかは聞けてはいない。踏み込めていないのが現実。
- ・自分の親に対しては、どうしてあげたらいいのか困るのでエンディングノートを書いてもらったり、認知症状があるが、それとなく意向を確認して用意している。
- ・最近、義理の父を看取ったが、エンディングノートの話とかもしていたので、義父も自分で遺言とかを書いてくれていた。最期の入院の時に、意向確認で書類を書いたみたいで、延命をしないということで、点滴も酸素などもなく亡くなったが、意向確認ができてよかったと思う。本人の意思が確認できていないと、見ていて可哀そうで、点滴してください、酸素入れてくださいと言いたくなるが、最期に自分でそう決めていたので、よかったと思う。
- ・ある程度の時期やチャンスのあるときに、話をもっていくと自分たちで考えて動いてくれるところもあるようなので、利用者にはそこまでできていないが、身寄りのない方に対しては、少しづつ気をつけていかなければいけないと思っている。

司会

- ・利用者、患者のACPを支援するに当たり、こういう職種と連携をとっていきたい、現場でもっとこういうふうに支援していきたいということをお聞かせいただきたい。

医師

- ・特に連絡をとっていきたいということはないが、出席して、皆さん色んなことを考えて真面目にやっているんだという印象をもった。私は患者を治す方なので最期を看取るということは余りなく、特にACPについて決めていないし、特別話してはいない。患者の方それぞれに色々あるので、その場その場で対応している。

医療ソーシャルワーカー

- ・職種の固定は難しいが、直面している、身体状況も含めて、現状を客観的に説明できる人となると医師なのかなと思う。医師が身体現状を説明できること、これからどうなっていくかの予測を立てられることが大事だと思う。
- ・意思決定できない本人の代弁ができる人、家族などが必要だと思う。緊急時には、誰と誰が連絡を取りあい、把握していくか、人によって専門職も変わってくると思うが、コアとなるのは医師と本人又は本人の意思を代弁できる家族だと思う。

薬剤師

- ・いちばん連携を取りたいのはケアマネ、繋いでくれているのがケアマネだと感じる人が多いので。これから広げていって患者の意向を聞いたり、ケアマネと連携できたらいいと思う。

司会

- ・薬剤師がケアマネと連携を取って、ケアマネに望むことは？

薬剤師

- ・エネルギーが豊富な方なので特にこちらからは言うことはない。いつもありがとうございます。

司会

- ・講話で、本人と娘さんの思いが反する場合の事例があったが、こうした場合に、ケアマネや包括支援センターができることは、限られているとは思いますが、ご意見をお聞かせいただきたい。

講師

- ・ACPの話の特養の中ですることはある。亡くなるというのはデリケートな話なので言いにくかったりするが、そこを躊躇していたら伝えたいことが伝わらない。決定してほしいのにあやふ

やになってしまっはいけないので、オブラートに包み過ぎることなく、ガンガン行っていく方がかえっていいと思うことはある。家族はそこでつらい判断をしないといけないが、その話がないことには次に進まないの、割とストレートに話をするにはある。家族も涙をためながら聞くこともあるが、それはそれで大事なことだと思う。

司会

- ・(保健師に) 以前のことを振り返って、こういう連携をとれたらよかったとか、今後こういう連携を取りたいということであれば聞かせていただきたい。

保健師 (大分市西部保健福祉センター)

- ・行政に相談しにくいこともあると思うが、保健師も家族や関わっている皆さんとも話をしたいと思っているので、ケアマネだけで抱え込まずに、困ったことがあれば是非行政側にも、難病の患者担当の保健師もいるので、いつでも相談してください。

司会

- ・(医療ソーシャルワーカーに) 神経系の難病の方に関わることも多いのではないと思うが、そういう方の意思決定で困っていることとかは？

医療ソーシャルワーカー

- ・困っていることは特になが、個別性がある、患者、家族によって色々ある。お金がないとか基本的なことで困っている方もいる。先ほどの話のようにストレートに言うことも大事だと改めて思った。
- ・療養者、患者本人が触れて欲しくないと思うデリケートな問題だが、私たちも話をふりにくいと思ってしまうことも否めない。日頃からどうやって関係性をつくってかということも大事だと思う。初対面でいきなり死の話はできないし、一緒に寄り添って、歩いていく中でようやくこの話ができるようになって感じた。

司会

- ・ACP について感じることは？

社会福祉士

- ・私もケアマネとして個別のケースに関わることがあるが、キーパーソン不在の場合の話を持って行く難しさ。本来であれば悪くなってからではなく、悪くなる前だと思うが、その段階でも本人と話すのが難しかったり、認知症ではないが、今後の金銭管理や、後見人を立てるのかなど、色んなことに話が派生しプライベートな話に踏み込んでいく難しさを感じる。どういった頻度で、どういったタイミングで話をしていくかを考える必要があると感じている。

医療ソーシャルワーカー

- ・そう思う。職種や所属によって、色んな立場もあるので、どうやって関わっていくのが難しいところ。直接的に説明することはケアマネも余りないのかも知れない。
- ・病院なのでその場にいることは結構ある。直接話をしたり、人工呼吸についてなど後でさらに説明を求められることもある。その状況に応じて、日頃から進めていくことが大事で、一回では済まない話だと思う。

司会

- ・10年ほど前に要支援1の方で、結婚歴がなく子供もいない方で、基本情報をアセスメントで取ろうとするが、何であなたに教えないといけないと言われるなど、中々関係性の築きにくい方がいた。心配だったので、もしもの時の連絡先を何回も聞いていたら「私は大丈夫、いざと

いうときは頼んでいる人がいるから」と言われていたが、自宅の前で脳卒中で倒れた。兄弟は財産のことでトラブルとなり疎遠になっているが、頼りにしている知人は何人もいた。後見人がついたが、度々知人が出てきて「今いる施設を本人は出たいと言っている」といったこともあった。その時にエンディングノートなどが普及して、自分の思いを残しておくことができれば、トラブルにならなかったのではと感じることもある。

- ・エンディングノートは、エンディングというところが受け入れがたいと言う方もいる。この名称を変えれば受け入れやすいのではないかという意見もあるが、行政も私たちも地域の中で普及、浸透していくような働き掛けも必要、もっと気軽に自分の思いが書き込めるようなものになっていくといいと感じる。そういう場合、病院の方が困ることが多いのではと思うが。

医療ソーシャルワーカー

- ・単身者で東京の方に遠い親戚がいる方に意識障害が生じ、どうしようかということがあった。最後、私達では判断できない。単身者の場合、エンディングノートのものが書かなくても要ると思う。いざ、直面すると私たちも勝手にできないので困ってしまう。

3 グループ

司会

- ・包括は要支援の人が多く、まだまだ元気で ACP について話をする機会があまりない。在宅にいる人たちだと「今後どうしたい」とか、「施設に入りたい」とかそういう話も聞かれるのか？ そういう話を訪問時にしたり、担当者会議時にしている事例があれば意見を聞きたい。

介護支援専門員 A

- ・利用者が現在入院中だが、入院前に難病がわかり、入院している所は主治医の所ではない。入院前の主治医の診察の時に、難病に対して「胃瘻をどうする？」「呼吸器をどうする？」などの話を聞いている。本人は入院しているので、病院の主治医の先生の所に家族と一緒にいき、もう一度先生から家族が説明を受けたといったことがあった。その話の中で、現在入院している病院で急変した時にどうするのか？という事に気がついた。主治医が入院先の病院に、9月に本人に確認した時には「何もしない、呼吸器もつけないし胃瘻もつからない」と話があったので、それを手紙に書いて主治医同士がつながったという事があった。しかし、本人がどれだけ病気のことがわかっているか、家族も本人の気持ちを聞き出せてなかったのではないかなど、今後早目に話をしたほうがいいのではないかという事になり、先週の金曜日に現在入院中の病院で話し合いの場を持ったが、みんなが集まっていることに委縮して、本人が話し合いに入れず、結局なんの結果も結論も出せなかったという事があった。皆さんピンピンコロリで逝きたいんだろうなと思うけど、やはり長い経過を辿る人、の場合にはそのタイミングというのが難しいなと思っている。

司会

- ・訪問看護師は、自宅に訪問する中で看取りの人もいると思うが、そういう話し合いの場で話すことはどうですか？

訪問看護師

- ・話し合いをしますが、本人の想いと家族の想いが違うことが多々ある。たとえば、難病の人で、「本人は呼吸器もつけない、心臓マッサージもしたくない」人がいた。肺炎が治らず本人の意識がなく、主治医ではない病院に救急搬送された。本人の想いは伝えていたが、家族の想いが強く、結局挿管されて気管切開までした人もいた。その場その場で確かに変わるが、本人

の想いが報われなかったと考えさせられた。入院中も「どうしたらいいか」と家族の人とも話をしましたが、本人がまだ若い人だったので家族は「まだもう少し生きてほしい」と、本人の想いには沿わなかったという事があった。気管切開をしてコミュニケーションは少し取りにくいですが、今、元気であることを考えたら、そういう事もあってもよかったのかと考える。話し合いは私達もするが、その場になった時には家族も本人も変わるかなと思う。

- ・既に受け持っている元気な人に対して ACP の話をもっていきにくい、そこが少し気になるけど、急変する可能性は誰でもありうるので、どのようにもっていったらいいのかなというのを悩んでいる。

司会

- ・私達も元気な人たちに話をもっていくタイミング、話に触れづらくて、聞きづらい。本人たちから話をしてくれれば、こちらからも話をするが、何にもないのに ACP の話をするのは難しいというのが現実。

介護支援専門員 B

- ・家族と本人の意思の相違というのは、よくあるかと思った。家族には意向を聞きやすいが、本人には聞きづらい。講師の先生が話していた、「私の思いカード」とかはすごくいいと思った。書いてあるので、意向を聞き取りやすいと思った。

司会

- ・本人の意向と家族の意向という時に、本人には認知症とかはないか？

介護支援専門員 B

- ・ない。

司会

- ・ないとまたそういう話が出づらくて、本人には聞きづらいところがあるのかと思う。

介護支援専門員 C

- ・訪問看護と併設している事業所なので、医療保険で訪問看護が介入できる人が多くて、ALS で呼吸器をしていない人を担当していた。そういう人は ACP みたいな意思確認を随時行っていくが、やはり本人と家族の意向が違う。本人は「呼吸器をつけたくない」と言っていた。息子さんは仕事が忙しくて、そうした場にも来られない人でした。最終的には緊急搬送され、病院では家族に聞くということで、結局呼吸器つけて、今も療養型の病院で生活している人がいる。自分の中で、その時の対応を失敗したというのがいつもあり、それから ACP の必要性はずっと感じていた。今は担当者会議の時に、毎回ではなくても 1 年に 1 回でもいいので、確認するようにしている。先ほど訪問看護師がどのように話をもっていったらいいのかという話がでていたが、自分も難しいと感じていた。厚労省が出している用紙をだして、国からこのような方針になっているからと行っている。ACP はとても重要だと思うので、今後も利用者に聞いていきたいと思う。

司会

- ・利用者とか担当者会議に出た人、全員に聞くように話をもっていっているのですか？

介護支援専門員 C

- ・全てではない。元気な人にはこんな話になっていきますと、今は終活についてもいろいろ言われてきているので、少しでも本人・家族の意識づけになればいいと思っている。

薬剤師

- ・事例はないが、薬剤師としてどのように関わっていったらいいのかと考えた時に、急性期というよりは医師が示した治療に対して、患者への理解を深めてあげたり、どのような副作用が起こるかをしっかり説明して、患者の決定に、より納得をもっていける手伝いができればと思った。決定後のフォローや、薬が飲めない時にはどのような選択肢がありますなど、そういう事でACPに貢献できたらと思う。

司会

- ・大分市もエンディングノートを出したり、終活をするような事になっていると思うが、意見を聞いてどう思うか？

長寿福祉課

- ・長寿としてもエンディングノートを作っていて、庁舎の窓口や包括で配布できるようにしている。こちら側で関われるタイミングといえば、地域のサロンや老人会などの集まりの中で、情報発信していくところに関わっているところです。話を聞いていて、説明するタイミングが疾患や、家族の状況にもよるのかもしれないが、確かに難しいと話を聞きながら思った。「国から、こういう方針になっていますよ」と客観的な感じで、家族に確認するよいタイミングを見計らうというのも、あまり負担にならないタイミングかなと、話を聞いていて思った。

司会

- ・私たちがサロンや老人会に呼ばれることがあるが、まだ皆さん元気なので終活をテーマに持っていきづらい。介護予防やフレイルとの方が重要になっていて、普及啓発にもっていけない事情もある。

司会

- ・話を聞く中で、難病の人が一番困るのかなという印象でした。元気な時になかなかそれを残している人もいないかもしれないが、例えば認知症の人での事例などありますか？

訪問看護師

- ・認知症の人に対しては、元気な時に聞いていることがほぼなくて、家族の意見を尊重するというのが多く、認知症の人は特別かなという印象がある。

司会

- ・認知症になってしまうと意向を確認するのは難しいかもしれないので、若い時から意見を聞いていたら「家族がこう言ってたよ」という形で支援しやすいことになるかな。他にACPや意向確認で気になる点はありますか？

訪問看護師

- ・エンディングノートは、1人1つ配布という形になっているのか？うちの利用者はあまり持っていないので、どうなっていますか。

長寿福祉課

- ・1人1冊という形にはなっていない、窓口とかで交付という形になっている。今回また来年度、新しいエンディングノートを作る準備をしている。
- ・私達がサロンで話しているのは、今は本屋さんでもいろんな形のエンディングノートが並んでいるので、自分の書きやすい物を選ぶことができますよという事を説明、発信している。

司会

- ・市報とかにエンディングノート配布のお知らせがあった時には、何名か来所があつて配ることはあるが、数としてはあまり減ってはない。本当はもう少し広報とかすると減ると思う。

司会

- ・難病の人は、特に意思決定がしっかりしていて、家族の意向もある。難病じゃない人のケースで「今後どこで過ごしたい」という話がでるのではないかと思う。「在宅にいたい」「施設に入りたい」「病院で死にたい」そういう話もでてくると思う。それも本人の意向と思うが、普段の支援の中で話をする事はありますか？

介護支援専門員 A

- ・包括から紹介されたケースで、その時には癌の末期、ターミナルという事だった。福祉用具や、往診などサービス計画を組み立てねばと思っていたが、若い時から娘さんに「家ではなくて、ホスピスで私は死にたいんだ」と言っていた人だった。私が関わりだしてからほとんどしゃべることなく、意思を聞くことなく、意識が落ちていった人でした。しかし、娘さんが聞いてくれたおかげで、ホスピスにすぐつながった。家族も泊まったりして、一か月くらいホスピスで過ごされた。本人にとってもきっと納得のいくものだっただろう、という経験をしたことがある。

介護支援専門員 B

- ・難病ではなく介護保険で関わっている人、全てでなくても担当者会議の時に確認していて、そこで将来的なことを聞いた人もいた。認知症の人は難しいところもあるので、そこは家族に現段階での方針を聞くようにしている。あまり無理に聞いたりせず聞ける範囲で聞くようにしています。

介護支援専門員 C

- ・肝臓がんのステージIVで、つい最近亡くなられた人がいた。往診などのサービスの受入れが難しかったが、自宅で最期を迎えたいという希望があった。しかし、家で状態が悪くなり救急搬送されて入院し、そのまま病院で亡くなった人がいる。もう少し在宅での支援を受け入れてもらえたら、もう少しどうにかできたのかと、自分の力不足を感じた件があった。経済的にもサービスはいいと拒否していた面もあり難しかったが、もう少しふみ込んでいたら、どうにかできたかなと思った。

司会：

- ・意思だけではいけない、経済面というところで、思うようにいかないこともあると思う。これまでの話の中で一番あったのは、難病の意思決定の難しさみたいでしたが、何か講師から話をもらえれば？

講師

- ・難病の人だけに限らないかもしれないが「今すぐ死にたい」「安楽死させてくれ」という本人の意向があった場合に「じゃあその意向を尊重しましょうね」という話にはならない。関係者、家族、医療福祉の関係者で、話し合いをした上で、本人の意思をふまえつつ、決定していく事になるので、そこは本人の意思が100%ではなくて、話し合いが大事。それがACPかなと思います。

司会

- ・本人の意思と家族の意向もあるので、何度も話し合いをして、すり合わせていくことで、最終的に本人の意思が反映されるという形が一番いいという事になりますか？

講師

- ・そう、本人も納得した上での最終の決定という事になると思う。

司会

- ・私達包括支援センターは、元気な人が多いが要介護になると居宅に繋ぐので、意向が聞けてない事が多い。今後支援していく上で、少しずつそういう話がでたら、居宅につなぐ時にそういった情報もつなげていけると、支援を引き継ぐケアマネにとってもいいのかと思う。

訪問看護師

- ・最近、よく考えるのが、病院で癌末期の人の相談もきているが、病院で ACP という話し合いがされていない。病院に、「最期どういうふうな感じで生活していきたいのか」と質問をよくするが「わからない」というのが多い。「まだ治療を積極的にしたいという人が多いので、そこまでは話し合いができていません」というのがある。しかし、在宅に帰ってきてすぐ悪くなる人もいるので、病院にも考えてもらいたいと思う。最近その辺が困っている。

司会

- ・在宅に帰る時は、もう治療がなくなって帰るという形？

訪問看護師：

- ・治療がありながら帰っている。

司会

- ・治療をしながら帰る、積極的な治療をしているから、その意向をまだ聞けないということ？

訪問看護師

- ・聞けないっていうふうに病院は言う。

司会

- ・でも病院としては、予後が大体わかっている状態とは思うけど、そこでは聞いてくれないと在宅に戻って聞いてくださいっていうのも、聞きづらいのでは？

訪問看護師

- ・聞きづらい。本人はまだ頑張ろうとしているところに「最期はどういうところで？」というのは聞きにくい。ゆっくり関わりながら聞いていくしかないと思っている。

司会

- ・その本人の意向を聞けなければ、家族がどう思っているのかも聞けない？

訪問看護師

- ・家族とは別に、またゆっくり話をもっていくしかないのかなと思っている。

司会

- ・今後また今の講義を受けて、在宅のケアマネとして、訪問看護として、支援につなげていって、本人の意向が少しでも聞けていけるようになればいいと思う。続けてがんばって支援をしていければと思います。