

## 第5回大分西圏地域連携検討会 報告書

1 日 時 令和2年12月11日（金）18：30～19：30

2 参加方法 Zoom ミーティング

3 内 容 (1) ACPについて説明

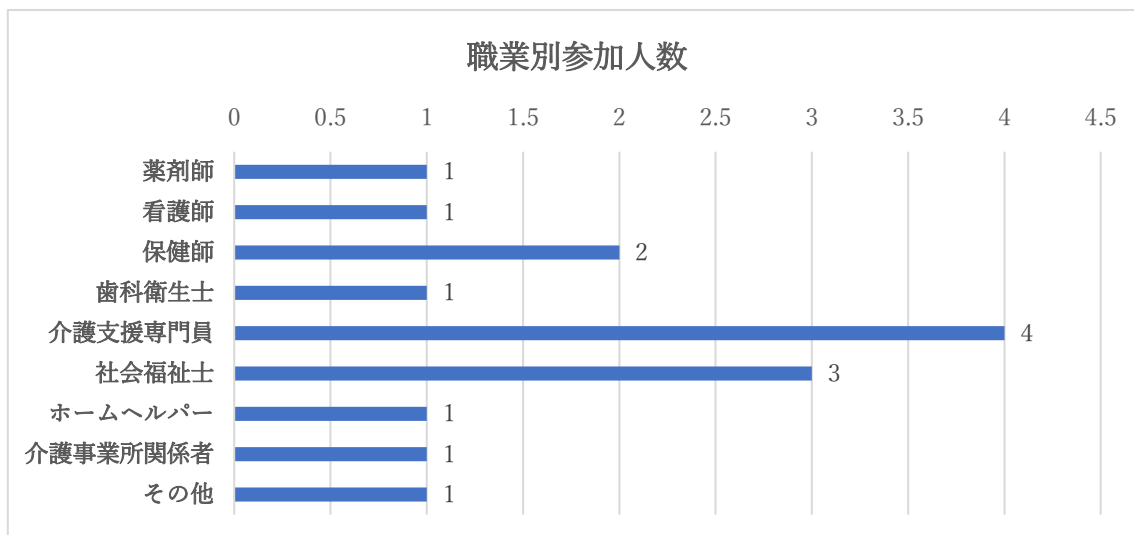
大分西地域包括支援センター センター長 北原 美咲 氏

(2) グループワーク

大分西圏域の医療・介護連携について

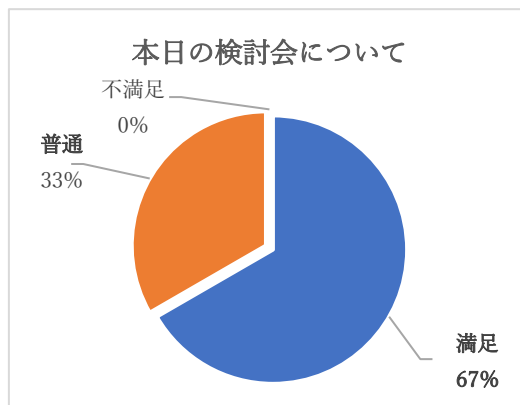
「人生会議について考えよう～導入に向けてどう支援していくか～」

### 4 参加者数（14名）の内訳



### 5 アンケート集計結果（回答者4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



- ・新型コロナウイルスが流行している中で、他事業所の皆さんの意見を聞くことができ、良い機会・勉強になりました。(介護事業所関係者)
- ・最初に ACP の話があったが、もう少し説明があっても良かったのではと思いました。)もしくは、事前資料に目を通して等のアナウンスがあればよかったと思いました。(介護支援専門員)
- ・音声聞き取りにくい部分がありました。(介護支援専門員)
- ・先生の参加があればよかった。(介護支援専門員)

## 問2. グループワークについて

- ・ ACP 導入のタイミングに関しては、どの機関も模索されている所なのだと感じました。
- ・普及させていくが、利用者に対してどのようなアプローチでエンディングノートを進めていくか。介護保険を利用している方なので、元気になって頂く為に利用している保険なので、真逆な話の為に話にくさもある。

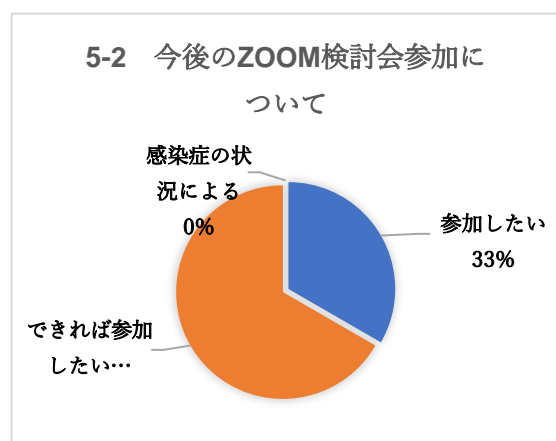
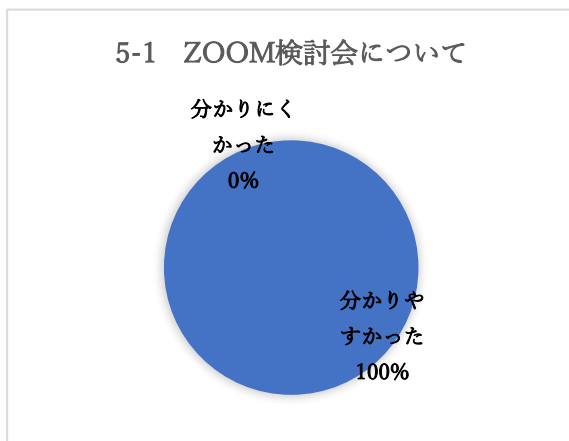
## 問3. 大分西圏域の医療・介護連携について

- ・ ACP、エンディングノート等の周知が不十分だと感じた。(薬剤師)
- ・往診可能な医療機関が多い地域なので、それが活かせる支援(サービス提供)を増やしていきたいです。(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

ACP、エンディングノートについて大分市全体で説明会等があれば良いではと思います。

## 問5. Zoom 検討会について



## 問6. その他、ご意見ご感想

- ・同じ部屋で端末を分けて複数人参加すると聞き取りづらく、Zoomに参加できても部屋の確保ができない為に支障をきたしたような気がします。
- ・違うグループの音声が入り、聞き取りにくさを感じた。

## 問7. グループワークの協議内容

### (1) 1グループ

#### ①. 各事業所の取り組みについて

##### 薬剤師

- ・当薬局では今何かをしている訳ではないので、他事業所の取組を聞きたい。

##### 介護支援専門員

- ・普段の訪問、実践の中で特にやっていない。時間的なことも含めて普段のケアマネの仕事では入りにくい。

##### デイサービスセンター相談員

- ・具体的な取組みは行ってないが、かつて余命1~2か月の方の利用者がいて、かかりつけの医師たち等皆と集まってターミナルケア的なものとして、対応急変時にどんな対応をするか本人、ご家族の希望を伺いながら、それに沿ったケアを行った事例がいくつかある。

##### 介護支援専門員

- ・普段はあまり考えていない。きっかけがあれば、医師から言われたら対応することもある。

##### 連携支援センター

- ・連携支援センターでは、直接、療養者や患者とACPについてお話することは余りないので、今回、ACPの実践に向けたアプローチといった資料を作成したりなどしている。また、当センターも関わりながら、大分市では令和元年度に作成したエンディングノートを改定しようとしている。大分県や国（厚労省）の取組も資料の中で紹介している。資料の中で、国が平成29年度に実施したACPの意識調査をしているのでガイドラインも含めて、ご覧いただきたい。実践に向けた基本認識、基礎知識として知っておくとよいと思われることをまとめている。

##### 包括支援センター

- ・エンディングノートが発行され、包括に取りに来られる方も少しずつ出てきていると感じている。サロンや地域の公民館活動などの出前講座に出向いた際にエンディングノートを持参したら、結構、欲しいと言われる方も多く、元気なうちに意向確認して思いを決めていくという意識が段々普及していると感じている。ただ、普及も発展途上のところも見受けられるので、これからも、在宅支援をする中で、エンディングノートを持参し、一緒に書いていくといった支援も織り交ぜていきたい。

#### ②今後どうしていけばいいのか。話をするタイミングも含めて

##### 薬剤師

- ・エンディングノートを今日知ったばかりで、実際にみていない。知らない人も多いので、かかりつけ医などからエンディングノートがあることを紹介してはどうか。

##### 介護支援専門員

- ・普段の支援の中で、人生会議というと大袈裟に聞こえる。ACPと言われてもそれ何？という感じ。それくらいしか認知度がなく、それを実感として採り上げてもらえない。ご家族も忙しくて参加できない、ましてコロナの状況でとても難しく、ケアマネとして通常の業務の中で取

り入れていくというのが難しい。元気に生きましようとして本人にもご家族をも励ます中で、人生会議と聞くと、最期を考えましようと思えてくるので。普段の取組も ACP と考えていいのでは。

### デイサービス相談員

- ・エンディングノートを活用できないかと考えているが、基本的にデイサービス利用者に対して考えていることは、いかに在宅生活を継続していただくか、在宅生活を継続していただくためにどのような支援ができるのかを考えているので、エンディングというのは難しいと感じている。ただ、今後の意向確認として、例えば在宅生活の継続が難しくなった時に、施設入所なのか、在宅で看取りをしたいのかといったことをしておいた方がいいと思っているが、具体的には担当者会議の場なのか、どのような確認をしていけばいいのかが不明であり今後検討していく必要があると思っている。

### 介護支援専門員

- ・介護保険を使っている方に勧めるのは難しいが、まだお元気な方達に講習会とか講演会でお話したときには、皆さん関心が高く、書いてみようかなという感じ。  
介護保険を使うようになった方、80代、90代の方にはどうしてもご家族の意見が先にでるので、若いうちに書いていただくとよかったと思う方沢山いらっしゃる。

### 包括支援センター

- ・最期とか人生会議となるとそこまで考えられないという方も多いと思うが、もしものときに、誰に連絡して欲しいとか、何を大事にしているかということ自分にも聞けると思う。ペットをどうしてほしいとかエンディングノートにもそういうことを書く欄があって、少しずつ支援ができるのではないかなと思う。
- ・かしくまって ACP ということはないが、いずれこうしてもらいたいと聞くことは多々あるので、そういうことをお話していくのも ACP としての関わりであると感じている。少しずつ本人の思いを確認したり、元気なうちに思いを引き出していく、エンディングノートを持って行って一緒に書くというところまでは至っていないので、これから少しずつとり入れいきたい。

### 連携支援センター

- ・自分や家族の死というのは非常にデリケートな問題なので、どういうふうに話を持って行けばいいかは悩ましいのだと思う。また、人生会議や ACP という言葉や考え方がまだ普及していないので、当センターも含めて普及に向けて様々な取組ができるのではないかなと考えている。国、県は ACP に関する HP (ホームページ) を作ったり、県は人生会議の条例を作ったりしている。連携支援センターでも市と共催で、来年の2月6日に、死をテーマにして、ACP も頭に入れながら、「みとりし」という映画を上映し、主演している榎木孝明さんをお招きしてトークセッションをしようと考えている。

### 包括支援センター

- ・これからますます認知症の方も増えていき、在宅で最期を過ごしたいという方も増えていくと思うので、各事業所でもこれから取り組んでいく課題ではないかなと思うので、この場で聴きた

いことはないか？

#### **連携支援センター**

- ・先ほどの紹介したのは毎年開催している大分市民公開講座のこと。市報の12月15日号で参加者を募り、コンパルホールで実施する予定。新型コロナウイルスの感染症状況によっては、急遽中止になることも考えられるなど心配はありますが。

#### **薬剤師**

- ・エンディングノートは市販しているようだが、無料で入手できるのか？

#### **包括支援センター**

- ・包括支援センターに市役所の長寿福祉課にも置いて無料で配布しているので、よろしければ届けする。

#### **薬剤師**

- ・薬局では患者に勧めるのは難しいが、親だったら渡せるのかなと思う。親が65歳くらいで、まだ元気だが、倒れたことがあった。その際、連絡してほしい先、親戚とかお墓の話をしたが余りいい顔をされなかった。倒れたのになぜ死ぬことを考えているのかと言われた。息子目線から言うと倒れてもし亡くなったときにどうしたらいいんだろというところがあるが、親からすると倒れたときに気持ちが弱ることをあまり言って欲しくなかったんだらうと今は思っている。エンディングノートを勧めたときに良好な親子関係であれば書いてくれることもあると思うが、良好な親子関係にないところもあると思う。

#### **包括支援センター**

- ・エンディングノートも大事な部分から書く、自分の好きなところから書くということもできるので、お墓や財産のことすべてを書く欄があるが、すべてを一気に書かず、少しずつ書いてもよい。家族間で聞きにくのであれば、第三者、ケアマネやデイサービスで聞くとか、他の人が関わった方が素直な思いを聞けることもあるのではと感じることもある。家族で話し合うことはもちろんだが、第三者の関わりがある場合は、そこから聞くといった方法もあると思う。

#### **介護支援専門員**

- ・ACPは行政サイド、厚労省から出ていると思うが、例えばケアマネに対して何を期待するのかとか、デイサービス、デイケア、訪問看護師、介護士に対して何を期待するのかと少し思う。関わることはできると思うが、助言をすとか相談にのるとかは包括支援センターなどではいっつもしていると思うし、それは自分たちにもできると思うが、なかなか入り込むのは難しい。自分の親のことでケアマネから助言をもらおうとありがたいと思うが、最終的には家族の問題、本人の問題なので、これを、家族の中の問題として取り組んでいくようPRしておくこと大切だと思う。

#### **介護支援専門員**

- ・特に、独居の方とか身寄りのない方は、今後のこと、例えば体調が悪化した時に備えてエンディングノートを活用して聞いておきたいと思っているが、例えば、エンディングノートに施設入所は絶対に嫌だと書いたとすると、それはその時点の本人の意思として一番尊重されるものか？法的根拠ではないが、書かれたことが本人の意思として尊重されるべきものとして扱われ

るのか？そのへんが分からない。

#### **連携支援センター**

- ・エンディングノートには法的な拘束力はないし、書かれているとおりのことをしなければならぬといった強制力はない。文書にしたとしても、人間の意思というか本人の置かれている環境も変わるので、書いた時点の本人の意思を知る重要な手掛かりのひとつでしかない。書いた時点と気持ちが変わったときは、その都度、書き換えていくのがエンディングノートの書き方、使い方だと一般的に言われている。大事なことは書き留めておくことと同時に、気持ちが変わったらその都度書き換える、関係者とお話をしておくということ。大分市がエンディングノートを作ったが、どのくらいのニーズがあるか分からなかったこともあり、墓地や施設の商業も入れた。しかし、配布したところ、医療機関などからの追加配布や内容の見直しの要望があったことから、現在、商業をとって、内容も充実させた改訂版を作ろうとしている。市販されているものにも書いている方もいると思うので、どれを使うか、どんな書き方をするかは、余り固定的に考えなくてもよいと思う。

#### **介護支援専門員**

- ・気持ちが変わったらその都度、書き留めておくことよいと思うが、誰がそれを勧めて関わっていくかと思う。デイサービスで時間を取って、もし体調が悪くなったら、どうしたいと聞いておくとか、ケアマネが今後の意向として主に関わっていくのか、自分たちがどのよう関わっていくかがまだよく分からない。協力できることがあればいつでも協力したい。

#### **包括支援センター**

- ・財産のことを書くところもあるので、悪用されることがないといいと思うので、今後検討する必要がある。関係機関で話し合えることがあれば話し合っていきたい。

## **(2) 2 グループ**

### **①. 各事業所の取り組みについて**

#### **介護事務**

- ・グループホームでは終末期の方や長期入所の方も少なくはないため、ご本人やご家族と話し合います。

医療行為は禁止されているので医療行為は外部となるため、いろんな立場の方と意見交換をしながら決定をしています。

#### **主任介護支援専門員**

- ・最近では自宅での看取りの方はいらっしゃらない、病気と診断されて自宅で最期を迎えたい方についてはできるだけ本人の意向を尊重するように支援をしています。
- ・ACP については本人の意向をきちんと確認をしておかないといけませんが、理解をされていない方に対して最後についての話をするのは難しいと感じています。本人がいよいよ最後を意識し始めた頃には、本人ではなくご家族の意向をなんとなく尊重してしまう傾向にあると思います。

#### **ホームヘルパー**

- ・入院や施設へ入居されることが多いため最終段階まで関わるのが少ない。

## 大分市長寿福祉課

- ・エンディングノートを今年度見直して作成し、広く市民の方に周知していきます。
- ・老人会や、サロンでの講座を通じてエンディングノートと ACP について説明をさせていただきます。

## 地域包括支援センター

- ・支援の方が対象となり、その後担当を引き継ぐこととなるため直接最後の様子はわかりにくいですが、いよいよ悪くなってから話をするのは難しいのではないかと思います。元気な時に意識を向けていくことが大事なのではないかと思います。
- ・死は誰しものが必ず迎えるものであるため意識はしていると思うが、大事なことに蓋をしないようにエンディングノートを活用していくことが大事だと思います。
- ・ACP は日常的に元気なうちからでも考えることができる内容になっているのではないかと思います

## ②今後どうしていけばいいのか。話をするタイミングも含めて

### 介護事務

- ・入所時に話をするが、どこか他人事でそれほどご本人も家族も真剣にはとらえられていない。段階を踏むごとに少しずつ真剣みが変わっていき意見も変化してくる。
- ・グループホームで全部が看取りを出来るわけではなく入院をすることもあります。終末期に向かってカンファレンスがが増えていきますが、その中で家族の意見は変わっていきます。

### 主任介護支援専門員

- ・要支援の時や初回の相談の時に自分の病名を告げられていて、その後要介護状態になって私たちに引き継ぐようになりますが、医療との協力、連携が非常に大事だと個人的に思っています。
- ・包括支援センターや病院から病状について聞くことができます。主治医意見書の開示で市役所からも病名、診断と予後について情報提供いただきます。私たちが担当する利用者から面と向かって自分の病気をどれくらい把握しているのか、自分がどのようにこれからありたいのかなど、本人の本音、一番大事なところを聞く機会が正直なかなかない。
- ・病院やそれまで関わっている人からしたら手間になりますが要介護状態になったということは病状や身体機能の低下が現れている事になりますので、引き継ぐ段階で担当となる主治医の先生が本人さんと病気や今後の治療について話し合う時に一緒に同席する機会があると本当にこの ACP の目指す物に近づけるような気がします。
- ・直接本人から病気について聞くことがないのになんとなく知っているという所で本人の意向を確認するタイミングの難しさ、それが結果的に支援になんとなく悪い意味で影響を与えているような気がします。最初の介入時が大事で、病気について本人のいる前で話ができるかできないかによってずいぶん違ってくると思っています。
- ・元気なうちは最後の話をした時に皆さん「もう何もしなくていい」とか「治療は望まない」とおっしゃるので私たちはそれを常に頭において支援をしていきますが体の状態に変化が起きた

り、実際痛みが出たり、苦しくなると利用者さんや家族の希望も変わってきます。変わってきたらそれに対して柔軟に対応しないといけないのですが、柔軟に対応する段階でチームケアになるので関係者全員が同じ気持ちになるために一苦労というところが正直あります。

- ・私たちケアマネージャーが「分かったじゃあ今度は入院したんやね」とか「おうちに帰りたいんやね」と限られた時間のその時その時に合わせた支援をしたくても、直接関わる事業所の受け入れがどこまであるのかどこまでできるのか、また家族の意向なども交えてくると二転三転することに対応する事がチームとなった時に難しいと感じています。

#### **地域包括支援センター**

- ・最後のその時が思った通りにならない事はよくあると思います。周りが見えていても徐々に最後の時を迎えられそうな状況の時には在宅での看取りもできるかもしれませんが。しかし急変や、苦しい状態であれば医療の力を借りないと難しいと思います。訪看さんに力を借り医療現場とのつながりの中でどこまで在宅や施設で看取りをするか病院に行くのかという連携をとって確認していくことが大事だと感じます。このように亡くなりたいと思ってもどうにもならない事もあると思うので柔軟さが必要だと思います。

#### **地域包括支援センター**

- ・包括支援センターは最初の相談窓口のところで癌末期の相談もあり聞きづらいところもありますが、最初の段階で聞かないと要介護になって引き継いだ居宅のケアマネが改めて聞くというのは難しいと話を聞いて思いました。
- ・段階を追うごとに気持ちは変わってくるため、その都度カンファレンスを開いてご家族の気持ちやご本人の状況をみながら最期の看取りに対して、その都度ご丁寧に話し合いをされており施設の方も苦労されていると思いました。
- ・元気なうちから看取りの事など、最後自分がこうしたいと考えるのにエンディングノートがあります。元気な方や、サロンなどで欲しいという時には市役所から貰って配りしている状況です。
- ・私が担当しているわけではないのですが、要介護のお母さんがいらっしゃる息子さんが有料への入所説明の時に「緊急の時はどうするのかなど聞かれる」との連絡があり息子さんには施設では緊急時に対応するために契約などではなく今の意向を聞かれる場合が多こと、希望が変わってもよいことを伝えすると納得されていました。

#### **ホームヘルパー**

- ・あまり関わることは少ないが、末期の方が自宅で入浴をされたいとのことで1か月の短い期間ではありましたが入浴介助で支援をさせて頂きました。ご本人さんは自宅で入浴ができることが嬉しかったようでした。また、ご家族も最後まで自宅で一緒に過ごすことが出来、このような支援の必要性を感じました。

#### **大分市長寿福祉課**

- ・エンディングノートについて声をかけられるようになったとのことだったので、考える機会を持つようになったのは良かったと思います。
- ・自宅や、施設でACPに関わっている方達が、段階に応じてご本人や家族の意向に添いながら何



度も丁寧なカンファレンスをされていることなど、地域で話をする際に深みをもたせて話しをしていきたいと思います。

### **③話し足りないこと**

#### **介護事務**

- ・エンディングノートを少しずつ取り入れていると思いますが計画通りにはいかないと感じますが、計画は大事な事なので難しい。グループホームの場合は皆さん認知症なので計画通りにはいかないです。

#### **地域包括支援センター**

- ・家族や本人の気持ちが変わっていくのは当然だと思います。
- ・ACP や人生会議は重い言葉だと感じる方もいらっしゃるかもしれませんが、日常の中で「自分はもうこう動けなくなったらこうしてくれ」とかそれをご本人の意向だと思います。そういう話し合いをすることがACP、人生会議の取り掛かり、導入なのかなと思います。

#### **主任介護支援専門員**

- ・いつも気になるのは医療従事者の人はなんとなくその病気と余命期間をなんとなく想定できるが、私は福祉職で病気について詳しくなく、どんな症状が出るのか、どんな痛みが出るのか、どのように思いが変わるのかというところに寄り添うことの難しさ、そのプロセスに誰が立ち会うのか、誰が一番寄り添うのかというのはあのケースバイケースだなと思っています。
- ・医療の方は冷静で淡々としているところが、なんとなくご本人や家族が不安になるところなのかなとか、言葉がもうちょっとあったらご安心してお家で看取れる人はたくさんいるのではないかと思えてならないところもあります。やはり最後は医療の方の何気ない言葉やケアが大きく占めると思います。

#### **地域包括支援センター**

- ・そうですねちょっと難しいですね。それこそ医療と介護の連携というところでご退院してお家に帰る時の連携というのがやはり大事なところかなと思います。
- ・ご自宅で死にたいと希望される方や、お家で看取りたいというご家族もあれば、家で見るとは大変だから病院でと思う方もいます。病院で最期を迎えるというのは難しくなっていると思います、在宅での支援というのは今すごく必要になってきていると思います。在宅での看取りお願いしたいとなるとやっぱり自宅を支援してくれる先生のお力はすごく大事だなと思います。

#### **主任介護支援専門員**

- ・大分西圏域は往診をしてくれ最後の看取りまで一緒に移行してくれる先生がとても多くその点は安心だなと思っています。

#### **地域包括支援センター**

- ・看取りの最後の時も大事だし、そこに向かう過程で変化する気持ちや状態に合わせた細やかなカンファレンスで気持ちが少しでも穏やかになるよう進めていけるといいのかなと思いました。