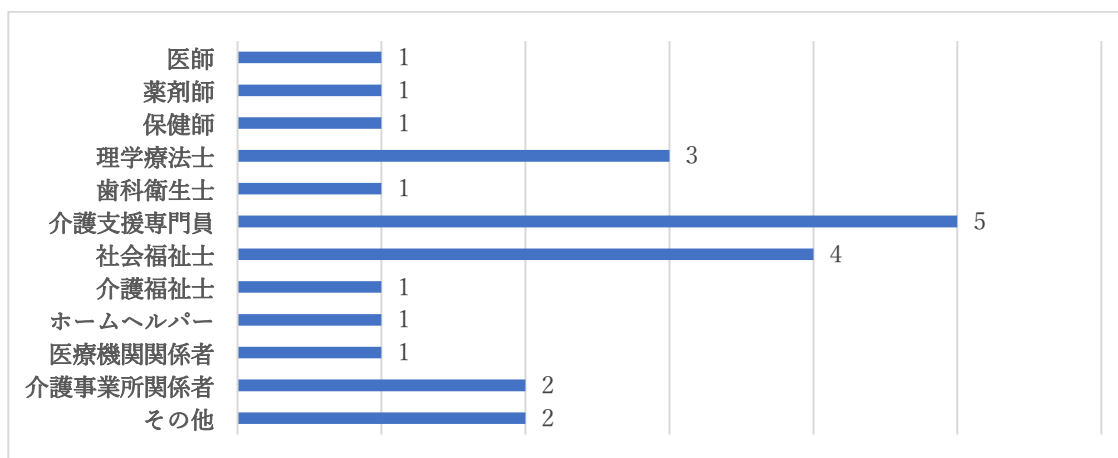


第5回佐賀関・神崎圏域地域連携検討会 報告書

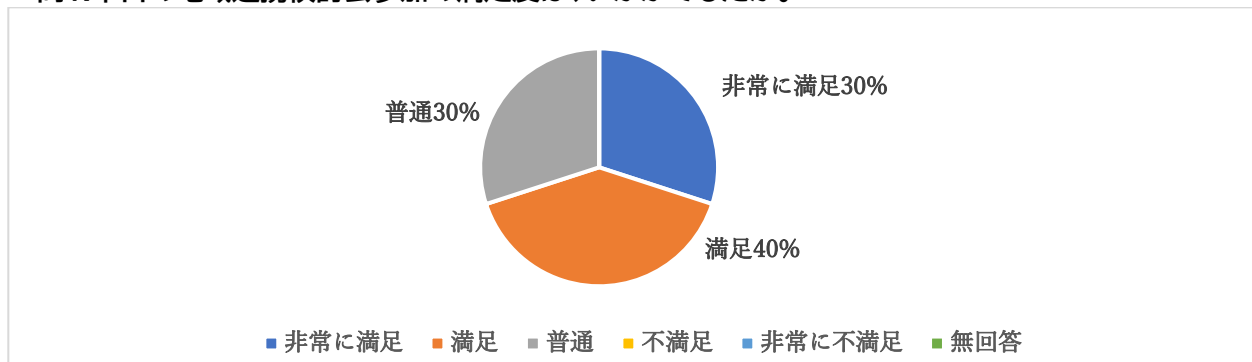
- 1 日 時 令和3年2月18日（木）18：30～20：15
- 2 参加方法 Zoom ミーティング
- 3 内 容
 1. 講話 佐賀関病院における ACP について
「人生会議 ～介護現場における ACP の関わり方～」
講師：社会医療法人関愛会 佐賀関病院事務長代理 原口和之氏
 2. グループワーク 佐賀関・神崎圏域の医療・介護連携について
「あなたの思う人生会議（ACP）とは」

4 参加者数（23名）の内訳



5 アンケート集計結果（回答者 10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。



- ・ ACP について、実際現場の方のお話が聞けて、勉強になりました。（事務）
- ・ Zoom での検討会参加が初めてで、不慣れで、ご迷惑をおかけしたと思います。（理学療法士）
- ・ 圏域の医療・介護・福祉従事者の方々と顔の見える検討会に参加できて、また、距離感も近く感じることができたことが良かったです。（薬剤師）
- ・ ACP の講話を聞いた直後は率直にどのタイミングで導入したらよいのか、難しいと思いました。グループワークを行い、皆さんの意見を聞いてそれが解決に導いたので本当に学びにつながったと思いました。（介護支援専門員）
- ・ ACP という自分の知らない事を知ることのできた良い機会になりました。（理学療法士）
- ・ ACP という非常にデリケートな問題についての提議は良かったが、各個人で正解が無いので、それを導きだす矛盾を感じました。（介護事業所関係者）

- ・最期はどのように迎えたいか、それぞれに思いや希望があると思いますがデリケートな問題のため躊躇していました。ご本人の望む最期が迎えられるよう元気な内に ACP についてのお話が出るような信頼関係を築き、心境の変化等あれば繰り返し丁寧に聞いていきたい。そして多職種連携を取り支援していきたい。(介護支援専門員)
- ・多職種で ACP に対しての考え方、現状が知ることができ、大変良かったです。(介護支援専門員)
- ・ACP の研修は初めてでしたが、参加できて勉強になりました。(介護事業所関係者)
- ・分野別の意見が聞けた。(ホームヘルパー)

問2.講話・グループワークについて

- ・ACP について実際に取り組んでいること、これから取り組みたいことを、それぞれみなさんお話することができました。グループワークがもっと長ければ、まだ意見が出たと思いました。(事務)
- ・将来の変化に伴い、健常者から罹患者、最後は「死」というベクトルの中で参加されていた方々が仰る様に、早いうちに自身の”エンディングノート”的なものを、日頃から身近なものとして考えられる様な社会になれば変化に適応した”ノート”を描くことができ、共通認識として本人の望む”死に方”に近づけると感じました。(薬剤師)
- ・他の職種、事業所さんの立場からの意見が聞けて参考になりました。(介護支援専門員)
- ・他施設の ACP に対する取り組みなど(理学療法士)
- ・終末を迎える時に医療との連携は不可欠なものであります。複数の Dr.の考えを聞きたかった。(介護事業所関係者)
- ・ご本人の意思の確認の仕方、再確認の時期など、医療との連携が必要と思われるので、具体的な事を聞きたかった。(介護支援専門員)
- ・ACP を行うタイミングを医療の現場から聞いてみたかった。(介護事業所関係者)

問3.佐賀関・神崎圏域の医療・介護連携について

- ・要介護者数に対するケアマネ数の不足。(理学療法士)
- ・薬局に焦点をあてて感じる事は、患者さんに対して点でしか関わっていない。一方的な関わりで生活から見えてくる薬との関連性や、それを知り得たとしても、その後の連携先等”見える連携”が行えていない現状にあります。(薬剤師)
- ・今回の会議にしても主となる居宅介護支援事業所の参加が少なくまた、特養はなく地域の連携の薄さが非常に危惧されている。地域包括には、もっと事業所の連携に尽力して欲しい。(介護事業所関係者)
- ・コロナ禍で入院中の方との面会が制限されていること。MSW との連携はきちんと取れていると思います。(介護支援専門員)
- ・1件1件、個々の方々を通じて、少しずつ連携を通して行っていきたい。医療側から ACP について提案できない事は分かります。(介護支援専門員)
- ・1人暮らしや家族の介護力が十分でない高齢者が多い。(介護事業所関係者)
- ・専門職の連携は必要だと思う。(ホームヘルパー)

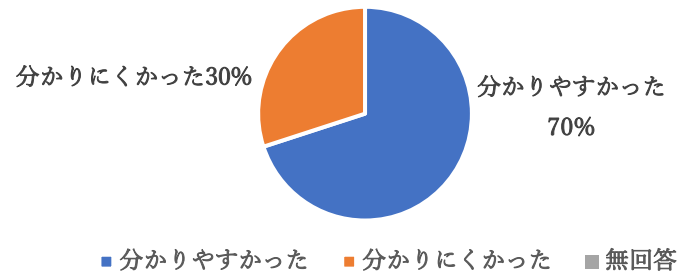
問4.医療介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

- ・シームレスサポート等(理学療法士)
- ・それぞれの職種が、それぞれの職種に対して”何を知りたいか”些細な事でも良いので、互いを知

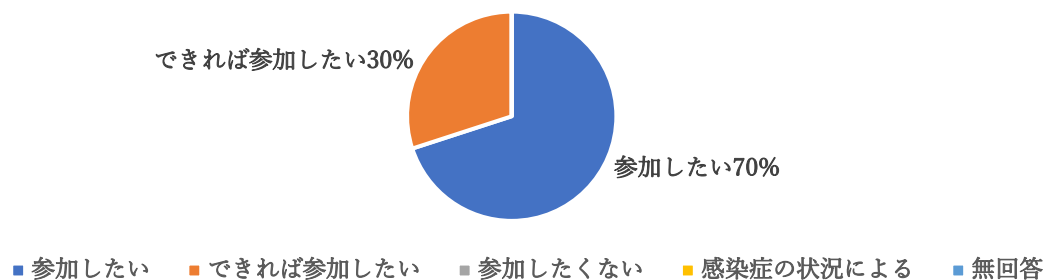
- ・ 事を学びたいです。(薬剤師)
- ・ 独居で身寄りのない方の成年後見制度の実例等を知りたい。(介護支援専門員)
- ・ 医療に対する知識がなく不安に感じます。ケアマネとしてどれくらいの医療知識を持っていればいいのか等お聞きしたい。(介護支援専門員)
- ・ 権利擁護 (介護事業所関係者)
- ・ 医療の知識が欲しい。(ホームヘルパー)

問 5.Zoom 検討会について

5-1Zoom検討会参加方法



5-2今後のZoom検討会参加について



- ・ 今回初めて参加して、ある程度理解できた。(理学療法士)
- ・ 初めてなので戸惑いましたが、1度経験したので次はスムーズにいくと思います。(介護支援専門員)

問6.その他、ご意見ご感想

- ・ 現場の方のお話を聞ける貴重な機会だったと思います。(事務)
- ・ 今回の経験を通じてリモートでの ACP 等の可能性も感じました。(理学療法士)
- ・ 各職種の理想を現実のものに近づける為に、日頃から話し合う場が必要なんだと感じました。(薬剤師)
- ・ 初めてのリモート研修の為、参加させて頂きましたが、とてもよい経験になりました。(介護支援専門員)
- ・ 初めての Zoom を使用した研修会に参加できて、良い機会になりました。(理学療法士)
- ・ 日々の仕事に活かせると良いです。(介護支援専門員)
- ・ Zoom 検討会は初めてでしたが、体験できて勉強になりました。(介護事業所関係者)

6 グループワーク

1グループ

- ①講話を聴いて、施設長、理学療法士、医師と様々な職種の人がいるので、その職種、立場においてどのように感じたかということと、これからどのように関わっていくことができるのかという点について、ディスカッションできれば思う。

施設長

- ・介護度の高い入所者が多い入所施設なので、家族の意向をまず聞いているが、「看取ってくれ」というのと「医療機関に運んでくれ」というので半々。「看取ってくれ」と言われたら最期までとなるが、その時に必ず職員に言っていることは、慌てないこと。看取りというのは、救急車を呼ばないことだと私は周知している。そこで下手に慌てて救急車を呼んでしまうと、当然救急隊員は病院に連れて行って助ける。そうなる最期の看取りが台無しになる、というようなところがある。
- ・私も現場にいた時に、家族が慌てて最後の最後で救急車を呼んでしまい、看取りがうまくいかなかった経験がある。そこは職員が腹をくくって最期までやっていけば、家族の希望が叶えられるのではないかと思っている。

ホームヘルパー

- ・うちも入所施設をもっているが、自分は先ほどの意見と少し感覚が違っている。家族あるいは本人と入所した時に面談をするが「迷惑かけて死にたくない」、家族も「そのまま静かに逝かせてほしい」という希望が結構ある。しかし、緊急搬送されて「延命処置どうしますか？」と本人に確認したところ、やっぱり「生きたい」という返事は結構多い。そこは医療と連携しながら、本人・家族のリクエストを加味した判断が一番大事なのではないかと思っている。なので結構、緊急搬送の依頼をしている。訪問看護がいて、訪問診療の医師がいて、その判断を仰いでという形を優先している。
- ・うちの看護師より訪問看護の看護師、訪問診療の医療の医師という形の格付けをしていて、医師からの指示で訪問看護が動いて、その訪問看護からの指示で、施設の看護師が動くという形のシステムをとっている。それはなぜかという、どんなトラブルがあっても最終的に責任はうちの施設にくる。ある程度段階をふんだ中での医療とすることで、責任をうちの看護師に負わせるのではなく守るシステムをつくらなければならないかなと思っている。

理学療法士

- ・私の立場で感じたこととしては、対象者がその人らしく生きていけるかということがポイントになると思う。その人の最後の希望というのを、例えば治療中や、普段の関わりの中で聞き出すといったことは、本当はかなり深いところに関わっていかないといけないことだと思う。その対象者との信頼関係が、重要視されていると思った。誰か1人でも多職種連携の中で深入りして聞き出せればいいかなと感じた。聞き出せた情報の共有が課題になると思う。その情報共有の場で顔合わせをする機会をつくることで、連携がとりやすい環境づくりをしていくことも大事だと感じた。

介護支援専門員

- ・私が今まで関わった人で2人、最期の看取りを迎えた人がいた。2人とも施設に入所していた人で、高齢で、前もって本人の意思は今まで確認したことがなかった。家族の希望として、治

療を行わずに自然に、本人に穏やかに最期を迎えさせてほしいということで2人とも亡くなった。普段からそういったACP、今回の研修についての話は本人と話したことはない。今回研修を受け、本人が私に最期の希望を話しやすい関係性をつくって、そういった話を聞いて共有していきたいと思った。

医師

- ACPの話が各施設からあったが、皆さんが話をしているのは本当に最期の瞬間。どこまでやるか、施設で対応するか、それとも病院に搬送するかを本当に悩んでいる内容の話をしていた。ACPを考える時に個人個人によって違うのは、扱っている重症度が違う。なので、どこからこのACPを活用するのかというのを考えないといけないと思う。一般的には、フレイルがけっこう進行したり、余命が1ヶ月とか数ヶ月になってからは本格的にとっておくべきかなと思う。
- 施設で看るといった時に、どこまでその施設が対応できるのかというのを充分説明しないとダメ。さっきの意見にあったように、訪問看護や訪問診療を頼んでいるところがあると思うが、訪問看護や訪問診療でどこまでできるのか？例えばどこまで緩和医療をできるのかななどを説明した上で、家族や本人に決断してもらい、ACPをたててもらい、それが大事だと思う。私の立場からいえば、本来は僕らが説明するほうがいいのかもわからないけど医療の内容というもの、訪問診療でどこまでできるかっていうのを、介入をした上で、ACPをたてていくといいのかなと思う。
- それから、看取りの予定が急に搬送というのは本当によくあること。最初にACPをとった時から時間がたって、想いがかわってくることは非常によくあるので、このACPの基本にもあるように、繰り返してとる。そういうのが大事かなと思う。
- ACPをとる時に本当は多職種でとるべきということで、医師も入っていくべきと思うし、訪問看護とかも入った上で決めていくのがベストだろうけど、実際のところは、なかなか時間もとれなくて、みんなも集まるのが難しい。というのが、今後の課題なのかなと思う。

講師

- 皆さんの意見を聞きながら、私もケアマネ経験が長くて、家族、利用者と話をするときに、自分の中の核と決めていたことがある。元気な間に、例えば「どうなったら施設を考えるのか？」「どこまで在宅でできるのか？」を考えてもらう。それは、なってからではなく元気なうちから、もうはじめましての段階から、常にそれを言うようにしていた。それはACP、看取りというところまでいかななくても、まずは一歩目として、その人がどういう方向性に行きたいのかを聞くようにしていた。これはACPの資料をつくりながら、自分のことを振り返った。
- 先ほども医師が言ったように、気持ちは変わると思う。悪くなればなるほど、どんどん変わっていくと思う。今回、系列施設で看取りをした人も、やはり「施設でお願いします」というところが、「病院に連れて行って欲しい」「胃瘻をしてほしい」「でもやっぱりきついな」とか、家族も気持ちは変わっていく。そんなもんかなと思うので、そのへんの気持ちをしっかり汲み取っていくのが大事かなと思う。

保健師（包括）

- 自分の父親を介護する中でとても悩んだ。脳梗塞で、高次脳障害で、重い言語障害になった父が、大きな病気にかかってしまい、本心を聞くことができなかった。手術をするかしないかの

決断ができずに、家族みんなで本当に苦しんだ。今も仏前に座るたびに、あの判断でよかったのかなと悩む事がある。やはり、本人の意思を聞ける時に聞いておくというのがとても大事。こんな仕事をしながら、今後もまだ元気だと思って聞けてなかったということの後悔している。やはりいつでもいい、聞ける雰囲気の人にスルッと聞いておくということがとても大事だと思って、聞けるときに聞いた事をみんなで共有することがとても大事だと思った。

連携支援センター長

- ・ いろんなケースがある。講師が言ったように突然亡くなる場合や、ある程度期間がある場合、その時で対応の仕方も当然変わってくると思う。やはり共通して言えることは、本人の意思が言えるうちに確認しておいたほうがいいし、それが理想だし、そういう取り組みができればいいと思う。その際に難しいのが、デリケートな問題なので、躊躇してしまうということのかなと思う。人生会議だとかACPとかだと構えるのではなく、日常接している人が、日々会う中でさりげなくでいい。家族がしっかり本人と話をしていればいいが、そういう話をしていないという事であれば、関わっている人がストレートに聞けなくてもさりげなく。例えば、「自分はこういうことで困っているんだけど」と、第三者の例をだして考えるきっかけをつくるとか、いろんなアプローチがあるのではないかなと思う。そこはそれぞれの経験の中で、意識をもってしていかないと、本人の意思は聞けないと思う。

介護支援専門員（包括）

- ・ 私自身も自分の父を昨年亡くした。本当に夔々としていて、自分の意思や意向をしっかりもっていたが、いざ癌ということで死を直前にすると判断能力が落ちていった。精神科が母体となる認知症の重い人の入所受付をする施設のケアマネジャーをしていた事があって、その時必ず、入所の時に、本人の意向・家族の意向というのを聞いて書面に残す。そこでも必ず、入り口でまず迷う。胃瘻をするか、延命治療をするかなど、そういったところも迷う。迷った時にケアマネジャーとして、ナーバスな問題なのでそこを誘導的に、「こうしたほうがいいんじゃないですか？」とか言う事ができない。先ほどの医師の意見を聞いて、その通りだなと深く頷いた。
- ・ 臨終が近くなってくると二転三転していく。栄養のこともそうだけど「もうここで看取ってください」と言っていたのが「やっぱり救急搬送してください」となる。生きることについてはいろんな事を考えるけれど、死に向かっている考えはもちづらい。そういったところをどうしますかということは言葉にするのは難しいことなので、時間をかけながら、寄り添いながらする。医師が話していたように、多職種で勉強しながら、だんだんと本人家族が、現状を受入れて、気づきをもって、本人みずからが選択していくようにサポートしていくのが仕事かな、業務かなと考えている。

司会

- ・ 年を重ねてくれば、親の看取りも経験していくと思うし、そのうち自分も看取られる側にかわると思っている。私自身もエンディングノートは何冊か持っているし、何回も書き直す。皆さんの言葉の中からも変わっていくとあったけど、1年後でも変わっていることがある。
- ・ 家族の中で、何らかの形でそういった会話ができたらいいなかなと。その人なりの生活歴なども、エンディングノートでもいいし、何らかの形で書き残していたら、万が一急変した状態であっても「こういう生活をしてきた人だから、こういう終わり方を望まれているのではないだろうか」と、推察になるかもしれないけど、そういうことができるかなと思っている。

- ・聞き取るというのは難しいと思う。本人から聞き取るのであれば、理学療法士が先ほど話したように信頼関係を築かないといけなところと、いろいろな人からの情報がある。ケアマネが聞き取るにしても、ケアマネだけが聞き取った情報ではなく、そのサービスに携わった事業所の人、医師、いろんな人から持ち寄った時に、知らなかった情報を確認できる事が多々ある。男性の利用者であれば、女性のヘルパーよりは男性のデイケアのスタッフのほうが話しやすかったりする。いろんな人がチームとなって、支援する輪をつくっていったらと思、その中にぜひ、家族が入ってもらえたらと思っている。

施設長

- ・とてもナイーブな話になるので、私ははっきり言って初回面談の時にはこの話を出さないようにしている。まずは、人間関係を構築した上で、家族といい会話ができるタイミングの時に、覚悟がどういふふうになっているかというのを確認しておくべきことかなと思う。
- ・先ほども言ったように両極端に分かれていて、「ここで看取ってほしい」「病院に運んでほしい」の2つに1つのことが多い。でも実際の話、看取りをお願いされていても、「病院に運んでほしい」というケースもなきにしも非ずというようなどころがある。その都度その都度、「今このような状態なんだけど、今後はどうしますか？」という事を幾度となく聞いていくべきと思う。
- ・うちの施設も訪問診療、居宅療養管理指導で医療機関と連携しているけど、医師と訪問看護の看護師、施設の看護師・介護スタッフなども含めて、みんながやっぱり同じ方向を向いて、お世話をしていかないと思う。そして最後は、「ああよかったね、よかったね」といふふうになるのが一番いいと思う。去年のちょうど今頃、104歳の人が天寿をまっとうした。みんなで本当に、「よかったね、よかったね」と。これが私は本当にベターなんじゃないかと、自分自身で思っている。

介護支援専門員（包括）

- ・皆さんに経験上、アドバイス頂きたいので質問したい。入所の際、施設だったので、いろんな項目の意向確認を用紙に書き入れていく。延命に対してもそうであるし、気管挿管するかとか経管栄養にするかとかの質問の時に、必ず家族が、自分が決めたら自分の責任になるんじゃないかという事で、そこで悩んで決定をしないということが多々あった。皆さんはそういった経験はないか？その時にどういった対応をしてきたか？

施設長

- ・まず、最初から聞かない。人間関係ができた時に、その都度その都度、今後だんだん食事がとれない、痩せていく。うちも栄養補助食品などで、手をうって手をうって、それでもなおかつ無理となった場合、家族に今の状態をきちんと説明して、「その時々意見を1人じゃなく、家族で決めて下さいね」としている。

医師

- ・家族の中でも意見がまとまらないことは本当にしょっちゅうで、そんな時に主治医としてどうしたらいいかと非常に悩む。確かに決めたくない理由のひとつに、自分があとになって何か言われるんじゃないかなという責任の重さもあると思う。そういう時に家族にお願いするのは、「もし本人だったらなんて答えるか？」を聞いている。人工呼吸してほしいと答えるかどうか、今までの本人の人生を考えて、「自分だったらじゃなくて、本人はどう思うかっていうのを最優先に考えてください」と言う、それくらいしか言えない。最終的にまとまらない時は、医師として命を救うのが仕事なので、できる限りのことをやってしまう、やる。そういうのを少し

でもなくするための1つの方法がACPだと思う。悩んだ時に本人がこういうふうと言っているのだからというのはすごい説得力があると思うので、是非とも本人が判断できるうちに、ACPというのを多くの住民にやっておいてもらうのがいいかなという想いでいる。

ホームヘルパー

- ・今年65歳になる。正直言って死ぬことを考えている。自分の寿命っていうのを考えている。「どうやって死にたいのかな？ すごくいい人生だった、だから幸せに死にたい。」ということはこの1年くらいずっと考えている。その間で何が、自分はどうやって死んでいこうかなという発想は正直言ってまだ、実感としてはない。だけどいつかは、もう何年かで死ぬのかなということはずっと考えている、毎日のように考えている。「ああやって死にたい、こうやって死にたい」という発想ではなくて、「どうやったら自分は普通に死んでいけるかな」ということを考えている。

以上

2グループ

①講話を聞いて、それぞれの立場においてどのように感じたか

講話を聞いて、日々の業務の中でACPについて思うところを各事業所にお伺いしたい。

薬剤師

- ・調剤薬局にて、処方箋を受け付け、薬剤の説明が主な業務になる。ACP自己決定について、この地域は高齢化が進み、お薬の説明が主になり患者さんがどのようなことを考えているのか、ACP自己決定の内容について聞き出せない現状がある。
- ・現在薬局業界では、ポリファーマシー（多剤併用）が問題になっている。高齢者は7種類ぐらい飲用している人が多い。医師と薬剤師の連携不足もあり、ご本人はあまり薬を飲みたくないが、ただ処方が出ているから薬局としては薬を出している。次回の受診時に薬を飲んでいるのかを確認するが、きちんと確認ができていない為に多剤併用が続いてしまっている。患者さん自身が薬に関わる自己決定ができていないことが課題。

理学療法士（訪問）

- ・訪問リハビリに携わって間もないが、ターミナルの方と関わることもあり、患者さん、ご家族とも話をする機会が実際にあります。ACPは、職種全体で話をする必要があると感じている。実際に全体で集まって話をする機会が設けられていない現状があると強く感じている。本人様、ご家族、専門職が集まって話をする方法、どのように話をしていくのか迷っている状況。ここからプランを上げていけばいいのかなと思っている。

理学療法士（通所）

- ・ACPを初めて聞いた。東京都医師会や厚生労働省のシートが出ているが、会議等がかしまってどのように生きたいか、終りたいかを聞いてもなかなか自分の家族に本音を言い出せないところはあるのかなと思う。当事業所は短時間のリハビリで利用者さんと関わるので、第三者までとは言わないがご家族が周りにいない環境、リハビリしている最中にポロっと漏らすこと利用者さんの本音だったりするのかと思う。利用者さんの一言をご家族と共有するのではなく、介護支援専門員を通じて、担当者会議等でお伝えできるよう橋役になればと自身の職域の役割

が担えるのではないかと思う。

通所管理者

- ・デイサービスの利用者は高齢の方が多いので、人生会議のような固い話はしにくい。話をする中で、できるだけ自宅で過ごしたいという本音を聞くことができ、希望に寄り添えるように支援を行っていきたい。

通所相談員

- ・デイサービスでは、楽しく過ごしたいという思いで利用されているので、人生会議のような場面にあたいたくないが、職種というとだれが対象になるのか、自分の家族であれば一番聞きやすいのは家族なのかと思う。でも、家族の人が ACP の内容を知らないと話ができないと思うので、今日の講演を聞いて勉強になり、どのように話を持っていくのが良いのか学べたらと思う。

介護福祉士

- ・ACP という言葉を初めて聞いた。グループホームにて、1 ユニット 9 名の 2 ユニットのアットホームな施設。認知症対象の方の施設になるので、自身での意思決定が難しい面がある。入所時のアセスメントを通して、職員が日々ケアを行いつつ、医療関係からターミナルの時期に入るときにはご家族と相談しながら、最期を病院で迎えるのか施設で迎えるのか意向を確認し、施設で最期を迎える際には、施設の方針として利用者さんに関わることを重視している。
- ・食事の面で話をすると、朝食の時間が下がったら、昼食の時間も下げる、夕食でも利用者さんが目を覚ましている時間帯に食べられるものを提供するという対応を取り、看取りになったときも関わっていきこうと日々ケアを行っている。

介護支援専門員

- ・佐賀関の地域で 3 名のターミナルの方と関わった。1 名は中皮腫、2 名が末期がん。病院で治療を終え、自宅で亡くなりたいと本人・家族が望まれて自宅に退院されたが、1 名は緩和ケアで最期、2 名は病院で亡くなられた。その過程でどのタイミングで病院に搬送するか。本人・家族の気持ちが転換期の中で、本人・家族の意思を確認しながら主治医と周りの関係者で決定していった。

ACP の中で自宅に退院する際に、医療との連携を取り、呼吸状態や疼痛管理、褥瘡のリスクがあるので、福祉用具選定をする際に助言をいただき、本人・家族へ予後について病院側から話をさせていただき本人たちに選んでいただくことが大事と感じている。

市役所事務員

- ・大分市内の高齢者にアンケートを取り、その中の項目で病気になり、治る見込みがなく死期が迫っている時にどこで最期を迎えたいかとの問いに、自宅で過ごしたいとの回答で自宅を希望した方が 21.6%。ACP を考えていく必要性を感じた。死期の間際ではなく元気なうちから少しずつ考えていく必要があるため ACP について市民の方に周知をしていきこうと考えている。

②これからどのように関わっていくことができるのか

様々な職種から自分とは違う立場の意見を聞いたうえで、自分たちが今後取り組んでいく際にどのようなことができるのかお伺いしたい。

講師

- ・自分はケアマネからこの分野に携わっており、その人が元気なうちにもし自分が悪くなったらどうしたいか本人・家族に聞く。ACP までいかずとも、自分がどういう方向性に行きたいのかその都度、考えて頂くよう意識付けていただいた。現在は病院の立場で、病院側より、どのように亡くなりたいかと聞くことは難しい。リハビリスタッフだとリハビリ頑張っていこう等声掛けし、意向を確認することができるが、ソーシャルワーカーの立場では難しいと思う。ソーシャルワーカーが求めたいのは、それまでに関わっていただいた現場の方からの情報を頂いてそれを支援できるようにと思っている。

司会

- ・グループホームでは本人・家族に寄り添いながら支援をしているとお伺いしたが、入所の段階で聞き取りをするのか、どのような対応をしているのかお伺いしたい。ターミナルの方について聞き取りをする際に大事にしていることがあれば。

介護福祉士

- ・入所した時点では、ターミナルの話はしていないが、主治医の方から状態が悪化して予後がどれくらいかもしれないと言われた時にご家族とどうするのか話をしている。

司会

- ・病気の事については、主治医から説明をご家族にしてから、本人と向き合き寄り添っていくことでよろしいでしょうか。

介護福祉士

- ・病院で最期を迎えるのか、当苑で最期を迎えるのかをご家族へ相談し、どちらを選択するのかキーパーソンになる家族と相談する。入院を希望した際には定期的に入院先に面会に行ったりするような対応をしている。

司会

- ・今まで対応した中で一つ心配なことがあるが、サービス提供事業所側がどこまで覚悟を持って対応するのか、利用中に急変した（意識消失等）際にどこまで対応できるのかお伺いしたい。

通所管理者

- ・デイサービスでは、元気な方から認知症の方も利用されており、元気な方は自身で自己決定ができるので、ACP のような堅苦しい話をするのではなく、日常の会話から最期はどうしたい等の話ができると良いと思う。利用中での話を担当者会議でご家族にお伝えすることで、本人さんの考えがわかるのではないかと思う。認知症の方は自己決定が難しいので、ご家族と意向を確認しながら、担当者会議や状態変化があった際に意向の確認をすることが当事業所のできる役割なのかと思う。

理学療法士（通所）

- ・短時間のリハビリを中心に営業しており、元々の始まりが外来リハビリに来られた患者さんを中心とした方が対象だった。現在の利用者さんは要支援の方が 6~7 割近く比較的予防の方に重きを置いている施設になる。重度の方は要介護 3 の方が 2、3 人利用している状況。予防の方が多いので、自己決定できる方がほとんど。通所相談員の方が言われていたように、どのタイミングでするのが難しい。講師の話でもあったように元気なうちから先を見据えて話をするようであれば、当事業所を利用されている方を話のきっかけとして話題を提供する必要があるかと思っている。急変等は病院に併設している事業所なので、なにかあれば受診ができるメ

リットを最大限に活かして今後も利用者さんを受入れができればと思う。

理学療法士（訪問）

- ・軽度の方から重度の方を幅広く対応している。

担当した一例をお話すると、日常生活自立度 C1、認知面も低下。自身での意思表示はできるが、緊急性がそこまで高くない方を担当したが、訪問時にはキーパーソンの家族が必ず自宅にいる状況であったので、最期をどのように迎えるかは家族とも関係性が築けていたので話ができた。（グループワーク途中で時間となり終了）