

グループワーク意見

●現状

- ・家族に DNAR(心肺蘇生法をおこなわないこと)の話をする、急な話で驚かれることが多い現状にある。
- ・日本の歴史や今までの社会を考えると、ACP について考えるのは難しいことかもしれない。
- ・昔は家で看取りを行っていた。時代が変わり近所付き合いも少ない。家族も核家族化している。家でみるにはどうしたらいいかを手助けしていけば在宅へいけるケースも増えている。
- ・少子高齢化で多死社会→医療費削減に向け、看取りに費用はかけられないのが、現状なのではないか。
- ・夫婦で認知症になった時、夫婦共に施設へ入れる方法はあるか？→年金等で難しい所がある。
- ・在宅の時に息子がいても、在宅で地域に看てほしいという。が会議に入れない。
- ・ケガなど、家族に言わないでと言われる事もある。必要性を説明していくしかない。
- ・入院をきっかけに介護保険申請が多い。本人と家族の思いが違い本人の思いが叶えてあげられない事がある。
- ・延命治療については、介護者が減ってきている。(高齢社会、少子化)。ACPについて話すことが大事。
- ・治療できる疾患だと自分の体調等にも関心が持てると思うが。
- ・病院とケアマネ間で話す機会は増えた。
- ・ケアマネ⇄民生委員とも連絡できない現状がある。
- ・個人情報問題があり相談しづらい。金銭管理を依頼されることがあったが、最近はお断りしている。
- ・ACPについてあまり話したことがない→民生委員として関わるのが難しい。人生を背負うという考えが多い。行政との橋渡しの役割。介入が困難だと感じ、ACPを学ばないと…と思った。
- ・地域で看るにはどうしたらいいか常に考える。
- ・一般の人は、認知症やその先の状況を想像できない。専門職が(それぞれ関わる段階で)情報を集めて、最期の場合に生かす。

●困難感

- ・先月初めてACPを知った。地域の方を見守っている。70代 770名以上、65歳以上 1450。70代以上の方々が病院・施設に入所できるのは難しいと思う。見守り側の高齢化、金銭的な問題。
- ・ACPとは？意味合いを理解するのが難しい。
- ・ACPと言われても、直接的に聞くのは難しい。何を望むか？どのようにしたいか？と聞くのも少しハードルが高い。
- ・世間話をすることはあっても、その話題を避けていることもある。
- ・よく細かい事まで聞けてないのが実際。もっと聞きたいことがある。
- ・男性独居も多く、生活の様子がつかみにくい。
- ・早くから話すことが大切だと思うが、介入を拒む様な男性多い。
- ・患者でも他者とのつながりのない方は、全く様子がつかめない。
- ・家族のいる方は良いが、全くのお独りというのは、様子がわからない。
- ・在宅で死にたいという思いがあっても、介護力(環境)による。民生委員さんと協力できるとありがたい。もう少し情報開示してもらえるといい。

- ・役割が重いと思う。身寄りない方の介護申請の請け負い
- ・最期の方針を決定する場に、民生委員にとっては責任を負えない。
- ・在宅が長すぎると家族の負担感も強くなる。
- ・癌の方は、緩和ケアに入院できる。心不全の方など行き先がないので困る。
- ・個人情報取り扱い厳しくなった際に地域の方から様子を聞かれて答えられない。一人暮らしで関わりをもちたがらない方もいる。社協の方は困った時に入るので入っていきやすい。その時にケアマネへつなげる。
- ・認知症夫婦もACPについて話すのも難しい。
- ・高齢となっており、ACPを話すことが難しい。

●意向について

- ・決まっても方針が急に変わることがある。
- ・家族関係や本人との関係性によって身内でもどの人の意見を取り入れれば良いか悩んだ。自分の事になるとエンディングノートを書こうと思っても、まだいいかという気持ちに正直になる。
- ・キーパーソンとして、今後延命するか決めて下さいと言われた時に人の命を自分が握るという大変さを知った。本人の思いを聞いたことがなかったので、どうすれば良いか分からなかった。民生委員として訪問の時にACPの事を聞くのはハードルが高い。民生委員の会議で伝えられるようにしたい。
- ・家族、患者は意向が違うことも多く、すり合わせが大事。
- ・家族、患者の価値観を合わせる支援が必要。患者の重症度で、考え方が変わってくる。大変になってくると患者と家族間でズレが出てくる。関係性にもよるが、一番はじめにはなしていることと異なってくる。
- ・子供、家族が患者本人の好きなものがわからない。
→専門職が家族も知らない事、情報を引き出す。
親のACPについて少し話しているが最後まで具体的に話すのが難しい。

●ACPに対する思い

- ・ALPは残された人の気持ちが穏やかに過ごせるのではないかな。
- ・地域のつながりは大事。つながりが強いと意欲が強い。
- ・担当者会議、在宅医から社協の方など入ってもらいたい時に連絡してもらおうと入りやすい。
- ・病気による進行度、疾患によっては、考えをせまられるタイミングが異なるのでは？
- ・ACPの認識がない人が多い。終活コーディネーター、家族に話したことはあるが、本人には聞きづらい。タイミングが難しい。
- ・どういう事を話していくか？ACPの核心に触れるのは難しい。趣味は？なんていう雑談からでもと思う。
- ・若い時から自分自身でも考えておく事が大事では？ACPというよりも、何をしたいか？という内容であれば学校の授業等でも人生について考える場面が必要という。
- ・誰かに話しておく必要がある。誕生日等の節目では？
- ・実際、人生会議は少ないのか。地域で支える為に退院カンファレンスに参加できるといいと思う。

●認知が入った人だと難しいと感じる。元気な段階でACPについて知ってもらうことが重要。

→どのような方法で？

- ・ACPを知っている人が意識して考える。
- ・家族と医療者の雑談の中で患者の希望がみえる。
- ・薬剤師:ちらしを患者に配っている。
- ・きっかけづくりをする(介護保険を利用するタイミングなど)
- ・患者、家族だけじゃなく、その家族にも伝える。

●取り組み

・まずは人間関係を考える。普段の会話から聞き出せるようにしている。家族関係も難しい所はある。認知症があっても意志はある。なかなか自分は死なないと思っている。

地域の方との関係は頼りになる。

デイサービスなどでACPは直接の関わりは少ないが、会話の中から大事な所も見つかる。

・地域での取り組み:「終活」についての情報提供を行う。

まずは、皆に知ってもらうことが大切。声掛け(いつか体調が悪くなる時のことを考えて・・・、家族で話し合っ)をしている。意向が変わってもOK。救急搬送のタイミングで介入もいいかも。

・家族がいない方の看取りをするケースもある。決めた人が辛くならないようにリスクシェアをするようにしている。

【事例】

・倒れた方を発見、命を守れた事例

・家で一人で亡くなっていた方について

本人が家を望んでいたのであれば、早く発見してあげることで良いと思う。

・家に帰りたいという願いを叶えた事例

・80代 夫婦 腹水あり、末期の方(妻)は自分が動けるうちに入院したい。

・病院で最期を迎えるつもりだったが、知り合いのヘルパーが来た事をきっかけに自宅に戻り、介護を行った。家で会いたい人に会え、仏壇の置き場所や葬儀場について話をすることができた。

・がん(転移もあり)が、見つかった時には手遅れ。心疾患もあり。がんは数か月もつ。心疾患は、治療したらもっともつと話をした。その時ACPはしたか？

→患者と家族に、元気な間に治療をして最期を迎える準備をすると話したり、患者が行きたい所を今しかないよと背中をおしたり、状態が悪くなり、結果行けなかったが、ACPを行うことができた。

・ACP これまであまり積極的ではなかった。かかりつけ患者が在宅に戻ってくる時、入院先で方針が決定して戻って来られた。92歳、老衰、医師としては自然のままがベストと考えるが、家族が医療を望まれる。「当たり前」に死ぬことと「命を伸ばすこと」の違いの家族の認識のずれ。あなたが本人だったらどうしてほしいですか。

→・見て欲しいという願いに対して(一人暮らし、身寄り遠方)、自分一人では無理。3人くらい集めたいが…。

人生会議のパンフレットに沿ってやっていくのが良いように思う。

・介護の手が入る前にこの方針を地域の方々と話してもらいたい。民生委員はボランティアなのでケアマネに介入してもらいたい。

- ・世の中は「死に方」について、実の親には聞けないお子さんが多い。
- ・民生委員にとっては、最期の方針を決定する場に責任を負えない。
- ・日本は、生に対する執着が強い。僧侶の話。死は恐くないという考え。
- ・薬剤師の立場での経験より、本人の思い(願い)が家族の思い(願い)かがわからないことが多い。

【職種別の意見】

<医師>

- ・患者に正確な病状、予後を伝えないといけない。胆のう炎、肺炎などの治療さえ、家族が断るケースがあり。家族のACPのはき違えがあるかも・・・。
- ・最期の時をどう過ごすか、今までの医療はそこまで考えていなかった。本人が元気なうちに皆で話し合う。訪問診療に行った時は、初めに聞くようにしている。どこで最期を迎えたいかを聞くようにしている。何をしたいかを聞き、できる事を話すようにしている。
- ・ACPは、常にやっている。家族と話すことが少ない。本当のACPだと思う。
- ・文章で出すようにしている。カルテに貼り、記憶するようにしている。
色々なところに手紙を書く。来院しない家族については共有が困難であり、手紙を書くか？
- ・Q:看取りではなく、そろそろ新しいサービスを導入したい方と話すことも多いが、医師はどんなタイミングで話をするのか？
A:病状を分かっている人は聞きやすいが、まだまだ生きると思っている人には、かえって怒らせてしまう可能性もある。クリニックに来た時の服装や清潔感をよく見るようにしている。弱ってきている人は、パジャマで来ることも多い。また、患者は来なくなり家族だけ来るようになる。
- ・ACPという言葉が先立っている。患者の言葉が次々変わることがある。会議を単にするだけでなく、情報を共有していくことが大切。

<薬剤師>

- ・薬剤師は、指示通り服薬してもらうよう支援することが役割。個人宅訪問に行くと認知症の家庭がある。薬剤師として服薬がうまくいってない場合は施設に入所した方がよいと思うが、提案するにしても関係性に配慮している。
- ・薬剤師が在宅に関わる時は方針が決まっている事が多い。状態が悪くなった時に誰がサポートするか把握するようにしている。
- ・ACPについて研修会もなく意識できてなかった。最近は、意識するようになった。しかし、難しい現状がある。
- ・最近では、薬剤師も患者や家族に深く関わる事ができている。薬局にも人生会議のちらしを貼っている。
- ・お薬の説明だけでなく、接する時間を増やしたい。

<看護師>

- ・本人と家族を切り離せず、妥協できる場所を探す。家族 共感、共働、感謝
- ・病院職員として意思決定の範囲は大きい。入院前の生活や価値観は地域の方々から情報得ることもある。
- ・家族、本人のACPについて、意向(転院先)が違うことがあるが、医療者としての意見を伝え、納得できるように関わるようにしている。

<リハビリ職>

- ・理学療法士でも、人生の最終段階に関わるが多くなった。「どうしたいのか？どう生きたいのか？」を尋ねるようになっている。
- ・会議することが大事ではなく、“導く”ことが大事ではないだろうか。

<保健福祉課>

- ・地域の方々と直接関わる機会がない。直接顔を合わせて話せる機会(今日の様な会)は貴重である。
- ・一人の人に対してどう関わっていくのか、思っていくのか色々な意見をひろいあげていく。アンケートのように聞くのではなく、情報共有することで患者もグループで守られているという感覚にもなる。最期病院で…といってもやっぱり在宅でと気持ちに変化していった。

<ケアマネジャー>

- ・ACPの理解、深く話し理解していただける。
- ・介入前のご様子を知ることが難しく、これまでの生活の様子などを把握しにくい。
- ・ケアマネをして介護認定された方に関わるが認知症の方への関わりが課題。チームづくりが難しい。その人に関わる人達をどう選択し集めるか難しい。
- ・いざACPといっても人生会議できるものではない。普段の関わりの中でその人の思いを掴むことを心がけている。
- ・家族が遠方。本人と家族の意向が異なりケアマネとして代弁。家族は、癌イコールすぐ悪くなるので、家に帰ることが視野に入らず。代弁して本人の意向通り一旦自宅へ。
- ・ACPは難しい。家族になるべく同席してもらう。本人と家族の意向が異なることが多く悩むことがある。
- ・実父が、自宅に帰りたい、本人の意向に沿いたい。
- ・ケアマネとして関わり、「本人は早く死にたい」ということが多く、返答に困る。ACPについて話すまでが困難と感じる事がある。
- ・ケアマネは、家族とよく話す機会はある。
- ・患者自身での意思決定が困難な方が多い。
- ・患者と家族の意見の相違がある。患者は家に帰りたいけど家族は施設に…など。今後何かあった時にどうしたらいいのかは話すようにしている。地域とのつながりが長くもてるように。
- ・相違はよくある。早い段階から言葉のタイミングを見計らって今後の話の引き出しを大切にしている。看取りの方を持ったときに、すぐに在宅に過ごせるように調整している。

<デイサービス>

- ・日頃の会話の中からACPに関する事を聞き出す→家族へ伝える。

<相談員>

- ・職員からみる家族、介護に積極的ではない家族もいるが、デイサービス以外での関わりは難しい。ふみ込みすぎではいけない気がする。クレームになる。体調が悪そうでも受診すすめても応じない。
- ・本人(患者)の意向を直接確認している。その結果がどうであれ、本人が決めたことを支援する。
- ・家族がいると家族の意向が入り、話がまとまらないことがある。家族がいると難しい。

- ・難しい問題だと思う。病院では時々あることで、様々調整することはあるが、地域で関わるのは難しいでしょう。

<施設>

- ・看取りをしている。80%施設看取り希望、職員に慣れていることが重要
- ・入居後1か月、本人の状況を伝える、ケアプラン、家族との共有、施設でも家族参加する。

<民生委員・福祉協力員等>

- ・介護の手が入る前に、この方針を地域の方々と話してもらいたい。民生委員は、ボランティアなので、ケアマネが介入してもらいたい。
- ・困っている人を見つけて行政に報告する。パイプ役、プロにつなげる。
- ・特養で父を看取った。特養に入居してホッとした。地域に ACP、サービスがある、ということを広めていく必要がある。生活に関わる民生委員や住民と ACP をどのようにつなげるか。
→民生委員と在宅系サービスの連携の場を作る。
看取り経験のある民生委員が助言している。
- ・入院(初めて)の時、民生委員から介護保険をすすめるのも受け入れてもらいたい。介護保険申請し、担当ケアマネジャーがつくと、少し安心できる。男女差もあり、女性は、訪問や介入を受け入れてくれるが男性は拒絶しがち。
- ・自治会への加入者も減っている。活動が出来ず退会されるなど、疎遠になりがち。深町地区は高齢化率上位 3 位。地区も山あい、対応が担当地区内でも難しいと感じる。
- ・何かあった時、命ネット、包括支援センターに相談したり、そこからケアマネジャーにとつないでもらう事が多い。
- ・何らかの関わりを持っていて欲しい。地域の関わり、行事などへの参加もない。一番心配しているのは、孤独死などであり、担当地区でそのような事があってはと思うが難しい。
- ・民生委員でも勉強会等をしたいが、元気なうちに、大事なもの、望む暮らしを周囲に伝えて欲しい。好きな事を最期までと結びつける事が、一つの ACP になるのでは？興味や関心のある物は、きっと最期まで望まれるのでは？
- ・地域に見守りが必要な方の情報があるといいのではないかな。実際に名簿だけでは地域の方の状況はつかめない。とても難しい。民生会議内での情報共有はできるが、役所との情報
- ・家族・身寄りのない方について、地域として「～した方がよい」など言うのは難しい。
- ・地域包括支援センターは、情報共有する場
- ・今地域の人たちは元気。元気な人に関わることがほとんどで、知らないうちに入院されている。行政につなぐことが私たち役割と思っている。他の人が受けた相談の中で、身寄りのない人は「自分が死んだらどうしたらよいのか？」と相談受けた。もし自分がされても困る。分からない。
- ・ケアマネはどう依頼するのか？病院なのか？介護保険の認定が必要か？
- ・認知機能の低下している場合が悩ましい。身内だとしても人の人生を決めることは重い。それを地域の人だけで決められないので、複数で決め負担を拡散することが必要。正解はない。
- ・民生委員は、一人暮らしを名簿でもらっている。世帯表で把握した方に声をかけている。
- ・民生委員として、関わりは難しい。自分の事は早めに実子や夫に ACP について話している。実母や実父は病院で最期を迎えたが、満足している。
- ・周りに健康管理について、きちんとするように伝えている。自分の ACP についても考えている。
- ・各家庭を回ると元気な人は多い。においがする人もいる。→地域包括支援センターに相談しましょうかと声をかけても「いい」と言われることも多い。