

各関係機関の現状・課題の情報共有

訪問看護ステーション		・訪問看護の職務自体が人生の最期にどう向き合うかということ。 ・新規の関わり時に、ACPについて説明、検討、記載を依頼。時期をみて、変化がないかも確認している。 ・本人が意向を決めていても、専門的な知識がなければ現実的でなかったり、不十分なものとなる可能性も。 ・余命1ヶ月の方等、まだ信頼関係を築けていない訪問看護師が意向を確認するのは難しい。状態が落ち着いているときであれば、話をしやすいと思う。
介護支援専門員連絡協議会		・随時、本人の希望に沿ってケアプランを作成。ケアマネジャーは普段からACPに関わっているといえる。 ・ナীবな内容でもあり、タイミングが難しく踏み出しにくい。知識や経験等にも差はある。レベルアップが必要。 ・ACPの確認用紙等はツールとして有効、活用できると考えている。 ・延命治療の目的や内容等、医療職が意向を確認、情報提供してもらえるとうありがたい。
市立ひらかた病院（事務局情報提供）		・終末期医療については、その時関わった医療職が確認するほうがスムーズなこともある。 ・一方で、ACP支援は主治医の意識の違いによって左右される部分もある。 ・介護サービスに関わる情報以外がなく困ったことも。あらかじめ「本人が大事にしていること、これだけは嫌だと思っていること」、「意思表出ができなくなった時、誰に意向確認してほしいか」等を確認しておいてもらえるとうありがたい。
地域包括支援センター		・市民へのポピュレーションアプローチと、個別支援では、終末期における家族支援、ケアマネジャーの後方支援等を行っている。 ・医師からの説明に戸惑ったり、退院後の生活に不安を感じている方もおられ、支援者として、どう関わればよいのかを迷う時もある。
ソーシャルワーク研究会		・治療方針について家族・施設・施設の医師・病院で話し合いを重ねていく必要があると感じている。 ・はじめのインフォームドコンセントの場面は家族のみで、なかなか顔を合わせての話し合いができておらず、共有できていないのも事実と理解している。コロナ禍では、退院カンファレンス開催も難しい状況もあった。 ・本人の希望が記載されている各機関の情報提供書は、電子カルテにおいて医師等の目に触れるよう掲載している。
グループホーム連絡協議会		・入所契約時に、家族へ意向確認している。その際、親族間でもよく話し合うよう伝えている。主治医がターミナル期と判断したら、改めて家族へ説明し同意を得ている。事前に書面で意向確認をしておく、話をしやすい。 ・入所の説明時に、家族が、本人に最期の希望を事前に聞いていたケースに出会ったことはない。
特別養護老人ホーム施設長会		・施設は最期の場所という思いもあり、比較的意思確認はしやすい。入所時に「積極的な治療を望むか」「延命するか」の2点を必ず家族に確認している。そのときの状況で家族の意向も変わるので、随時再確認をしている。 ・認知症進行等で、本人確認は難しいことが多い。本人が元気なときに確認できていれば良いだろうと思う。 ・家族間での意向に差があり、対応に苦慮する場合もある。看取りに至るまでの話し合いの過程を知らず、以前の本人のイメージのままで、受容が難しいのかも。家族間でのACPIは大切。
歯科医師会		・在宅歯科診療は、保険診療の範囲にある。保険診療をしているなら、在宅診療も基本するものと捉えている。医療・介護資源集に訪問歯科の対応状況を掲載、参考にしてもらいたい。 ・終末期、経口摂取していないから、歯科の介入はケア不要と思っている方もいる。歯科医師、歯科衛生士が支援チームに入るとQOLは向上すると考えている。 ・ACPIに加え、グリーフケアの実践でも関わりが持てるとよいと思う。
薬剤師会		・薬局は、本人が元気な時から関わっていることもあり、ACPの際も信頼関係を生かして支援できるのではないかと。 ・終末期、薬剤の増減、必ず内服したほうが良い薬剤の投薬方法等について、支援を担うこともできる。 ・薬局は技術支援より薬剤自体を求められる部分があり、ここが課題と認識している。薬剤以外の部分で関われることも、今後は知ってもらえればよいと思う。 ・ACPIは大事だが、本人の認識、受け入れが難しいこともある。普段からなじめるような普及啓発がもっとできればよい。
健康福祉政策課		・当課では、成年後見センターの事業委託をしている。 ・判断能力が不十分になってから、日常生活自立支援事業や成年後見制度などの相談があり、本人の意思反映が難しい。もう少し早い段階で家族と話をしておくとうよいのではないかと再認識した。
長寿・介護保険課		・当課としては、話し合いをするきっかけ作りとなるような啓発活動をしていくことが大事だと考えている。 ・家族同士で何度か話をしていたという思いがあれば、人生の最期、実際の場面に直面したときの受け入れ度合いも変わってくると思う。
医師会		・医師はACPに関する教育は受けておらず、在宅で想定される説明や支援には不慣れな面もあり、医師によって幅もあると思う。自宅での最期の時、本当に救急車を呼ばずに看る気持ちや家族が固めているかも大きいと感じる。 ・少しでもACPの話を切り出しやすくなるように、施設入所時のACP確認書のような市バージョンのツールをこのワーキンググループで作成してみてもどうかと考えている。 ・また、ACPを進める手順掲載の手引き等も「大事なこと、やりたいことは何か」から尋ねるような、取り組みやすいものを作成できればよいのではないかと。急変時も含め各タイミングで意思を確認するツール作成を連携して進めていきたい。

理想（目指す姿）と現実（課題）の整理・取組みの方向性検討



【理想】

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、人生の最期の迎え方について話し合える環境づくりが進み、医療機関と介護事業所等の関係者の連携体制が構築できる。

【現実】

人生の最期の迎え方を考えたり、話し合えるような機会が十分でなく啓発が必要。
自らが望む医療や介護を考え、関係機関を含む周囲と話し合いながら、準備が整えられていないケースがある。
望んだ医療や介護を最期まで受けられる医療・介護の連携体制が整えられていないケースがある。



◆本人、家族側の要因
意識と関心の低さ、知識・認識・理解の不足、「今ではない」という思い等

◆医療・介護職員側の要因
知識とスキルの不足、意思決定支援の役割を担う意識の不足、
開始のタイミングがわからないこと
好事例やロールモデル不足による実践への不安等



【ACPワーキンググループ取組みの方向性】

★ACPを進める手順が記載された手引き等を作成

病状悪化が予測される状態～人生の最終段階（急変時含む）について、支援の基本を掲載。
ACPの話を持ち出しやすくなるよう、「大事なこと、やりたいことは何か」から尋ねるような
ACP意向確認書等のツール作成も検討。

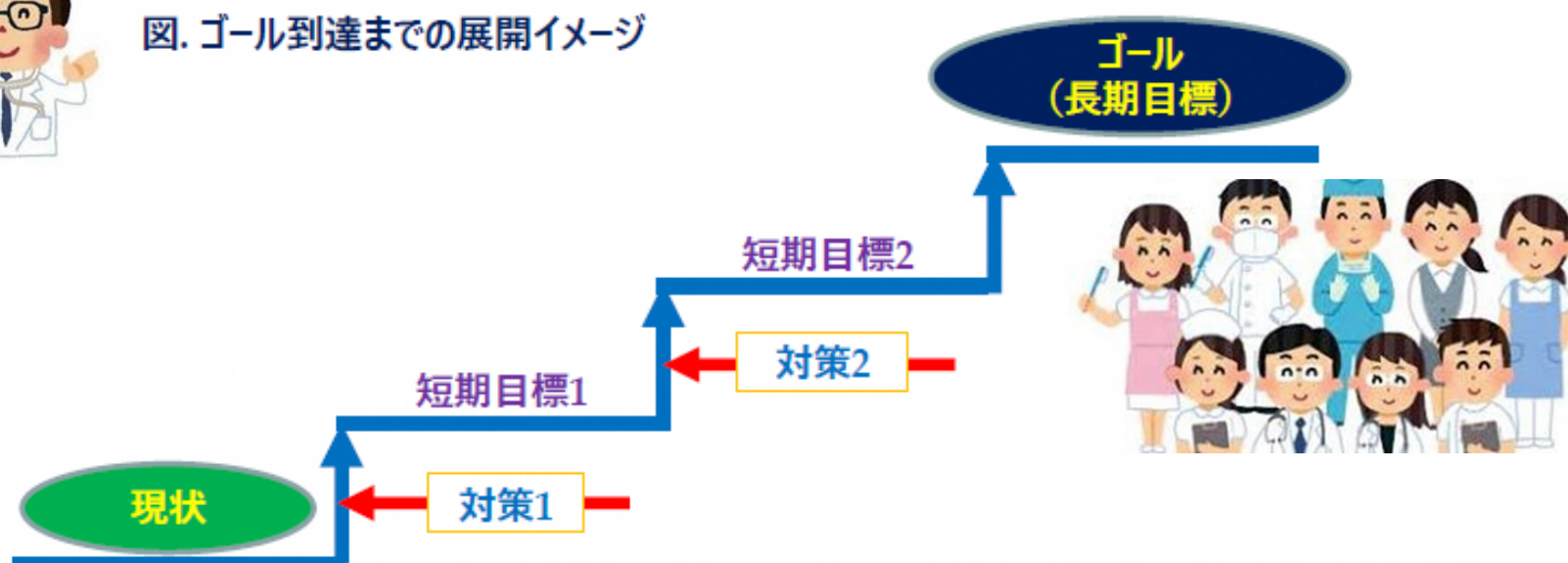
★医療・介護職員側のスキルアップを目指す

ツールは作成するだけではなく、普及が大事。地域包括支援センター多職種連携研究会や各団体の研修会等の機会に複数回
説明する等、普及させていく試みを検討していく。

⇒ツールを枚方市バージョンとして作成、普及していくことで、
基本的な知識・スキルの習得、意思決定支援の役割を担う意識づけ等、
ACP支援の導入に活用する！



図. ゴール到達までの展開イメージ



⇒目指す姿を見据えながら、当面の短期目標を繰り返し、
長期目標であるゴールを目指していく