

第4回介護医療連携懇話会完了報告

申請者：医療法人 優心会 理事長 小野隆宏

対象年度：2015年度後期 開催分

提出：7月10日開催分 7月30日提出

この度、当法人が主催する第4回介護医療連携懇話会を勇美記念財団様の助成を受け無事終了することができました。

メインテーマを「在宅医療・介護を考える～人生の最終ステージをいかに生き・どう締めくくるか～」とし、大分県内で在宅介護・医療に携わる様々な職種の方に一般市民も交えシンポジスト形式で進めました。

シンポジウムでは、在宅介護医療に取り組む

- ・ 山上千佳（宅老所・デイサービスセンター管理者） ・ 松本和美（訪問看護師会代表）
- ・ 吉川浩之（ホームヘルパー会代表） ・ 宮崎秀人（限診療所[日田市]/院長）
- ・ 姫野浩毅（在宅支援クリニックすばる/院長）

の5名の方がそれぞれ20分程度で取り組みを発表し、会場全体でのディスカッションで熱く討論しました。（PDFにて別添）

キーワードの「アドバンストケアプランニング（ACP）」を全面に押し出し、この言葉の認知度をいかに上げ、取り組むかが我々業界人の喫緊の課題だという大方の流れで終えました。来場の一般市民からも、初めてこの言葉を耳にしたという方が多いながら「早速家に帰って家族皆で取り組みたい」「タブーでないことが確信できた」と多くのコメントが上がり、とても大きな反響を得ることができたと思います。

当初、連携事業所だけで始めた懇話会を昨年より市民公開講座としました。昨年は「身体拘束について考える」というテーマが重かったのか、一般市民参加は150名中10名程度であった。今年は250名中60名超と大きく伸びました。来場者へのアンケートでも手応えを感じ、来年以降の開催を要望する意見も少なくないようです。（アンケート用紙PDFにて別添）

なお、財団におかれては多くの業界人・患者向けに在宅医療を推進する冊子等を発行・配布頂きありがとうございます。今回の意見の中で「エンディングノートにケアのあり方・望み方が書きやすいものがあると良い」といった意見がありました。もし作成して頂けると、自前で作らずにとっても助かります。

以上、助成をして頂きましたおかげでとても活況で有意義な会を催すことができました。地域包括の在宅医療の進化により精進を重ねて参りますのでまたの機会がありましたら是非ともよろしく願いいたします。

以上、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により開催された医療法人優心会第4回介護医療連携懇話会の完了報告とします。

医療法人 優心会
理事長 小野隆宏

第4回 介護医療連携懇話会プログラム

在宅医療・介護を考える

～人生の最終ステージをいかに生き・どう締めくくるか～

11:55 ビデオメッセージ上映
在宅で介護をされている方々からのビデオメッセージを上映します。

12:30 開会の言葉 ハートクリニック 副院長 たねだはるあき 種子田治明
主催者あいさつ ハートクリニック 院長 おのたかひろ 小野隆宏

12:40 シンポジウム
現在、大分県で「人生の最終ステージ」に関わっている様々な職種が集い、
今までの経験や想いを話し合います。

《シンポジスト（敬称略）》

- やまがみちか・山上千佳（宅老所・デイサービスセンター ぽっぽぽ はとぽっぽ/管理者）
- まつもとかずみ・松本和美（訪問看護ステーション メイプル/代表）
- よしかわひろゆき・吉川浩之（ホームヘルパーステーション なでしこ/代表）
- みやざきひでと くま・宮崎秀人（隈診療所[日田市]/院長）
- ひめのひろだけ・姫野浩毅（在宅支援クリニックすばる/院長）

14:25 休憩

14:30 ディスカッション
アドバンストケアプランニング（ACP）という言葉をご存知でしょうか？ 将来、人生の最終段階になり、意思表示が困難な状況になった場合にどのような治療やケアを希望するか、どのような治療は希望しないか、希望する最期の迎え方等の目標を定めるという取り組みを示します。ディスカッションでは、各シンポジストの講演内容についての質疑応答や、このACPに関しても意見交換を行いたいと思います。ご来場の皆さんの忌憚のないご意見を頂ければ幸いです。

《コーディネーター》

- おのたかひろ・小野隆宏（ハートクリニック/院長）
- あかみねしんたろう・赤峯慎太郎（ハートクリニック/事務長）

15:30 閉会の言葉 ハートクリニック 医師 さとうのぼる 佐藤昇

主催/医療法人 優心会 ハートクリニック 大分市光吉台 17-280

TEL097-568-5446（代表） FAX097-569-4855

助成/公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団



第4回介護医療連携懇話会

デイサービスセンター・宅老所
ぽっぽぽはとぽっぽ
管理者 山上 千佳

Aさん

出身地：竹田市
年齢：87歳
介護度：要介護5
入所日：H24.10
既往症：
●脳梗塞後遺症(左片麻痺)
●認知症
●慢性腎不全
●変換性てんかん



～入所したばかりのAさん～

デイサービスセンター ぽっぽぽ はとぽっぽ

- 開設：平成24年6月
- 定員：30名
- 理念：お一人お一人の思いを大切に！



娘さまの「思い」

胃ろうは希望しない
もう一度元気になってほしい……

⇒当たり前暮らし

(朝は起きて服を着替え、いろいろな活動にも参加して、ハリのある生活を送ってほしい)



なじみの関係づくり ♥ ??



様々な課題①(+,+)

☆嚥下の問題

- ミキサー食の固さ、水分、とろみの調整。
- ゆっくりとした食事時間の確保(嚥下状態を確認しながら)



6～8割量の食事摂取が可能に(^o^)

様々な課題②(+,+)

☆昼夜逆転の傾向

- 内服薬の調整
- リクライニング車いすでの離床時間の拡大

夏

はとぼっぽで育てたなすびとふうせんかざら

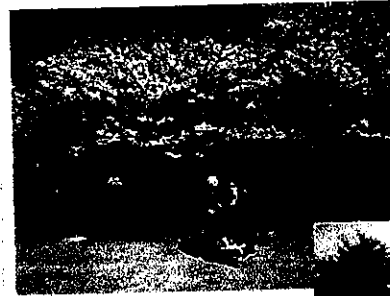


はとぼっぽ運動会



「ていふ森」の手作り

秋



平成26年春

桜を見に行きました

平成27年春



「施設での看取り」を希望する

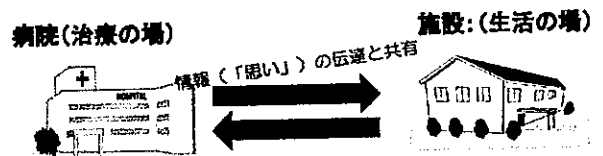
「住み慣れたはとぼっぽで穏やかに
苦痛なく過ごしてもらいたい」



退院後のAさん



「思い」を形にするケアを行う為に...



- ・ 医師
- ・ 看護師
- ・ 薬剤師
- ・ 理学・作業療法士

など



- ・ 施設管理者
- ・ 施設看護師
- ・ ケアマネジャー
- ・ 介護職員
- ・ 管理栄養士

など

突然...



様々な課題③(+,+)

☆拘縮の問題

- 訪問マッサージの導入。
- 手浴、足浴の実施(毎日)



ひげそいもご自分で...



風船バレー



滑車訓練



平成25年春

入所後初めての
お花見へ



大きな問題

嚥下の状態が不安定



誤嚥性肺炎を繰り返す。



栄養状態の低下・脱水症状

嚥下機能の問題について

・エンシュアゼリー

エンシュアにゼラチンを溶かし冷蔵庫で冷やし固めたもの

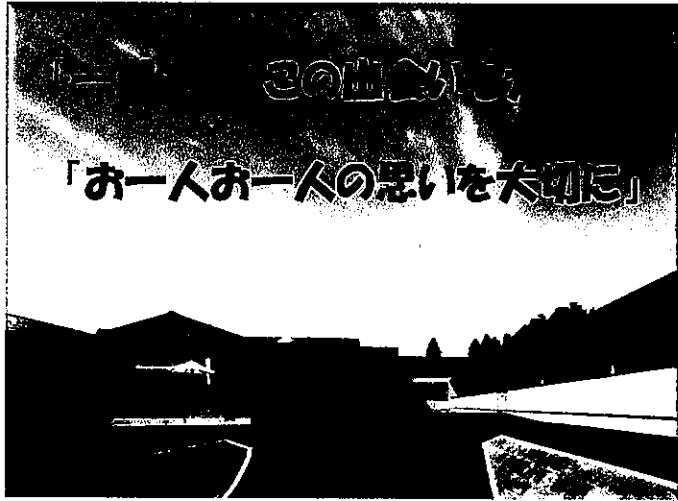
ゼラチンの量はAさんの嚥下の状態を見ながら調整し、エンシュア1缶に対し4.5gが最適な量であった

春



私たちが目指すもの！

その人らしく過ごしていただける施設づくり！



医療と介護の連携が不可欠！

各専門職種で利用者様・ご家族様の
その「思い」を共有し実践すること！

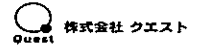
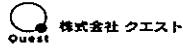
ご清聴ありがとうございました。



第4回 介護医療連携懇話会

在宅医療・介護を考える

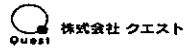
～人生の最終ステージをいかに生き、どう締めくくるか～



株式会社Questのプロフィール

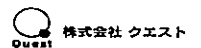
◇ 株式会社Questは看護師が起業した介護保険事業を展開する企業です。

- 名 称 株式会社 Quest
- 設 立 平成20年11月17日
- 業 務 訪問看護、居宅支援事業、飲食業



◇株式会社Quest 事業展開

- 平成21年 1月1日 訪問看護ステーション メイプル
- 平成22年12月1日 居宅介護支援事業所 メイプル
- 平成26年 4月1日 機能強化型訪問看護



訪問看護ステーション メイプル の紹介

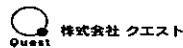


● 住 所 大分市東北1丁目7番27号 オフィスパーク東東8号

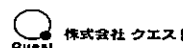
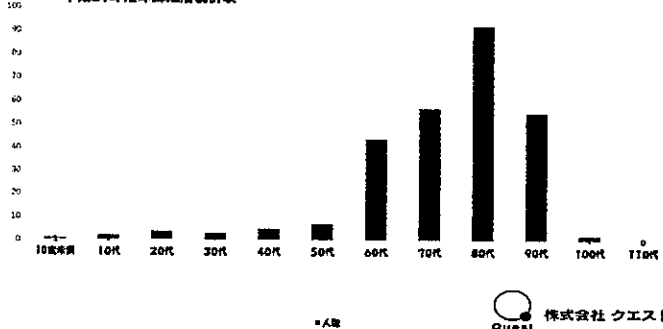
● 職 員

所長	1名
看護師	21名
准看護師	2名
作業療法士	3名
理学療法士	3名
事務	1名
合計	31名

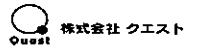
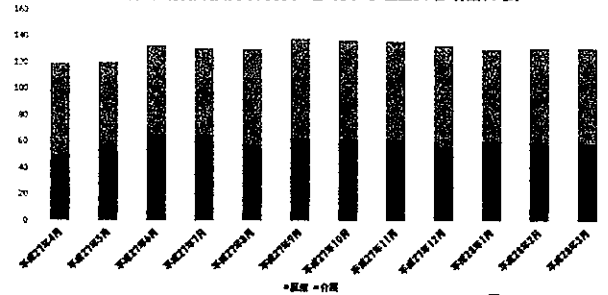
● 営業時間 年中無休 24時間対応 /



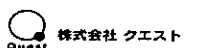
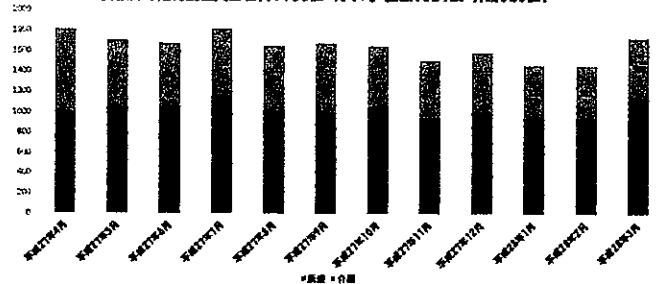
平成27年度年齢階層統計表



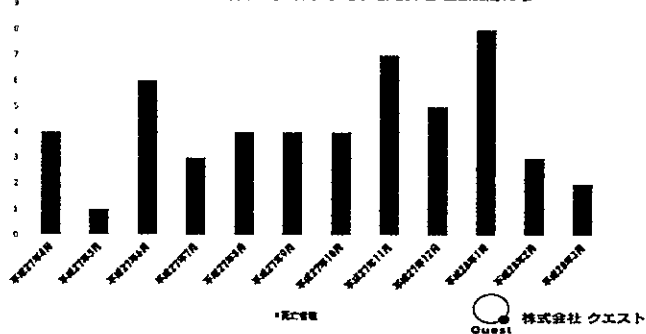
平成27年度月別訪問看護数[年間1569名 月平均 医療59名・介護71名]



平成27年度月別訪問回診数[19760回 月平均 医療1027回・介護620回]



平成27年度月別死亡者数(年間51名 月平均4名) 自宅38名・医療機関13名



株式会社 クエスト

訪問看護を知ってもらいたい!



● 何をしてくれるのだろう!

1. お客様本人の状態把握
2. 主治医・他の事業者との連携
3. 家族の健康管理・代弁者
4. 個別的援助
5. 看取りの援助

株式会社 クエスト

症例1

- ・利用者 A氏
- ・54歳
- ・末期がん
- ・妻と二人暮らし

※某病院から抗癌剤治療の結果、3か月程度の余命宣告



株式会社 クエスト

症例1～

- ・残される人の事が心配で最期を迎える。
- ・全身全霊で最後まで生き抜こうとする。
- ・介護者に自信を持たせることで円満に日々が流れていく。
- ・残された人は、何らかの悔いが残るもの。



株式会社 クエスト

人生の最終ステージをいかに生き、どう締めくくるか

- ・健康な時期から、自分の死について考える事。
- ・亡くなったあとの、家族の事も考えておくこと。
- ・考えたら、家族と話し合う事(素直に!)
- ・話し合ってから結論が出たら、最期まで、生き抜く事。



株式会社 クエスト

終わりに

- ・人の死は自然なことで、不幸ではない、落ち込むこともない。
- ・医療ニーズの高い方でも継続的な援助を24時間・365日行えます。
- ・在宅で看取りができるように支援・介護の方法を提供します。



株式会社 クエスト

インフォームドコンセント

第4回 介護医療連携懇話会 在宅医療・介護を考える

～人生最後のステージをいかに生き、どう締めくくるか～

ケアグループなでしこ 吉川 浩之

- 意思疎通ができない方に対する看取り

平成7年 東海大学安楽死事件

坂田さんの看取り

- 末期がんの患者に塩化カリウムを投与
↓
担当の内科医であった大学助手が殺人罪に
↓
妻と長男は死を切望する
↓
患者自身の死を望む意思表示がなかったこと
から、殺人罪として懲役2年が言い渡される

- 母
アルツハイマー型認知症
- 坂田正晴さん(息子)
脳性麻痺による両上肢・両下肢機能全廃

二人暮らし

なぜ母を自宅で看取りたかったのか

- 最後まで自分の力で食べて欲しかった
- 命が少し長くなるより、最期まで口から食べて欲しい
- 母ちゃんには延命治療をして欲しくなかった、でも一日でも長く生きて欲しかった
- 一時的な胃瘻造設ならば構わなかった

もしも母が意思疎通できたら、最期は家と病院のどちらを選んだと思うか？

- 「そりゃ、やっぱり家よね」

母が家を選ぶと思う理由は？

- 母ちゃんは、他人との関わりが下手な人だから。
- 母ちゃんは「私が居ないと正晴は困る」といつも言っていた。
- 障害を持つ親の思いを大切にしたい
(その後息子の名前を呼ぶことはなくなったが、正晴さんの声に反応する母)

↓
側に息子が居る安心感

なぜ最後まで「家で看取る」という気持ちが変わらなかったのか？

- ここまで一緒に頑張ってきたので、母は死ぬ時も親子共に家に居たかった筈

今振り返ってみて、母にとってどの様な看取りであったと思うか？

- 母ちゃんは精一杯生きた
- 亡くなる3年前に、「もう危ない」と言われたのに、旅立つ日は入浴も出来た！

価値観の優先順位

- 価値観の優先順位が、残された時間の中で変わっていく事がある

生きる長さ→

生き方 →

坂田さん担当のヘルパーさんの話

- 家で目を開けると正晴さんを見る
↓
施設に来ると、目がキョロキョロと動く→正晴さんを探しているのでは？
- 在宅と施設では、食事の摂取量が違う
- 在宅だとトイレで排便する(手すりの位置か？)

ヘルパーさんの話 その2

- 食事や排泄介助に、極めて個別的でその方へ対する特有のケア方法が必要であった為、入院して画一的なケアを受けてしまうと、心身ともにレベル低下が危惧される。

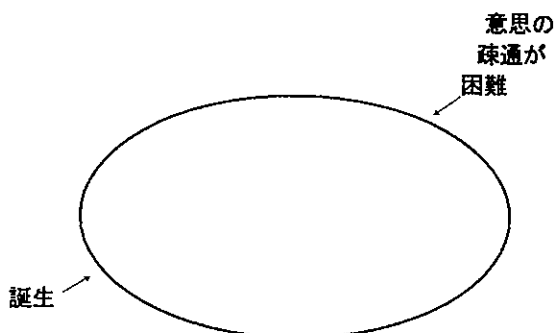
ヘルパーさんの話 その3

- 在宅で正晴さんの声を聴くと反応する意思疎通が困難な母
↓
いつも正晴さんの声の聞こえる環境で、最期の時期を過ごして欲しい

ヘルパーさんの話 その4

- 在宅でたん吸引をして苦しそうにしている時、病院に居た方が良かったのでは？と思った。

旅立ちの準備時期

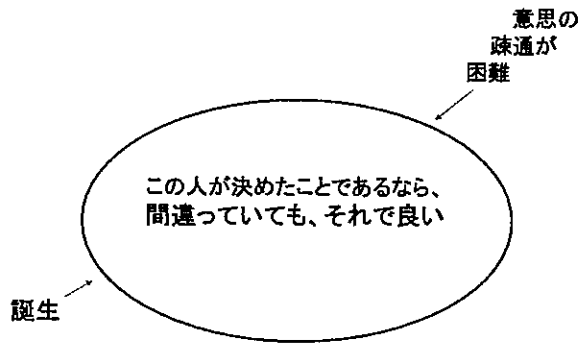


この人に決めて欲しい

- この人が決めたことであるなら、間違っても、それで良い

旅立ちの準備時期

限りある美しさ



- 限りある人生

↓

逆算し、人生を完成する

Pさんのケース

- 旅立つ日に、ご主人のお墓を参った、Pさん
- 歩いてトイレに行き、介護職員にもたれかかり、旅立ったPさん

Kさん、居酒屋のケース

- 居酒屋が大好きながん末期の利用者さんの為に、施設を一日居酒屋にしてしまったケース！

Tさんのケース

- 入院先から施設に居る妻に会いに来て、妻と一緒に一晩過ごし、旅立っていった夫！

Aさんのケース

- 大好きな妻との花見を終え、その夜旅立ったご主人

Iさんのケース

- 息を引き取る一週間前まで煙草を吸っていたIさん。
- 死ぬ間際まで「あれを買ってきて」とヘルパーさんに頼んでいたIさん。



在宅医療・介護を考える 人生の最終ステージを いかに生き、どう締めくくるか

社会医療法人 敬和会在宅支援クリニックすばる
姫野浩毅



はじめに



社会医療法人
在宅支援クリニックすばる



人生の最期、あなたなら何をしますか？



「人生の終わり方も十人十色」

「人生の終わり方を考えるという事は、人生をどう生きていくかという事に他ならない」



最期の時について
ご家族や大切な人、あるいは一人で
穏やかに考えるきっかけにいただければ



あなたは、どんな最期を望みますか？

最期の死に方

死に方	割合	割合	割合
自然死	78.3	39.3	2.8
病室死	71.3	22.4	2.3
在宅死	71.4	22.8	2.4
自宅死	62.7	33.3	3.0
病院死	53.8	25.4	1.3
施設死	48.0	28.1	3.3
在宅死	71.3	28.9	2.7
病院死	62.8	15.8	2.1
施設死	76.3	28.2	2.7

最期だと感じる理由

理由	割合	割合	割合
自然死	78.3	39.3	2.8
病室死	71.3	22.4	2.3
在宅死	71.4	22.8	2.4
自宅死	62.7	33.3	3.0
病院死	53.8	25.4	1.3
施設死	48.0	28.1	3.3
在宅死	71.3	28.9	2.7
病院死	62.8	15.8	2.1
施設死	76.3	28.2	2.7



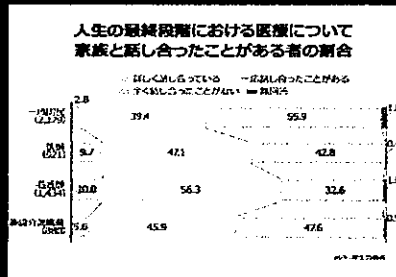
人生の最終段階を過ごしたい場所

「人生の最終段階を過ごしたい場所」について

場所	割合	割合	割合	割合
自宅	19.0	8.2	71.7	1.2
在宅医療施設	47.3	13.7	37.4	1.6
病院	39.5	34.9	23.5	2.2
介護施設	26.8	59.2	11.8	2.2
在宅医療施設	71.5	14.4	10.3	3.8



人生の最終段階における医療について
家族との話し合いについて





「自分は管だらけて最期を迎えたくない」

ただ自分の親や夫婦が「最期」の状況を迎えると

↓↓↓

「何とか命を延ばして欲しい」

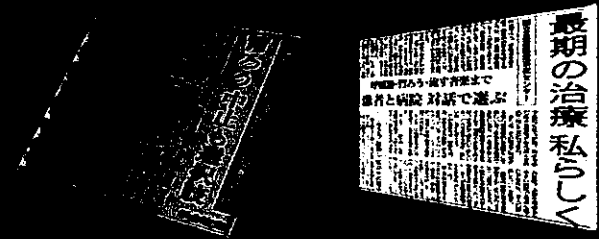
本人の望まない最期?



キーワード



アドバンス・ケア・プランニング ACP



アドバンス・ケア・プランニング ACP

将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者さん・ご家族とあらかじめ話し合うプロセス



アドバンスド・ディレクティブ

- ・事前の意思表示、リビング・ウィル(文書)
- ・自分の臨死期の対応と死後の対応について事前に他者に伝えておくこと
- ・書面か口語で示す



DNARオーダー

DNAR(DO NOT ATTEMPT RESUSCITATE)

- 心臓マッサージ
- 気管内挿管
- 人工呼吸器装着
- 昇圧剤投与



アドバンス・ケア・プランニングと アドバンス・ディレクティブの相違点

は、患者本人が亡くなることを前提にした取り決めであり、話を切り出すタイミングがなかなか難しい。

は、患者本人が元気なうちに、終末医療に限定することなく、現在の健康状態や気掛かりな点、今後の人生でチャレンジしたいこと等を含めて、患者本人の価値観や人生の目標を、関係者の間で共有するという点にある。



意思決定支援の3本柱

「本人の意思」「家族の意向」「医学的判断」

現在、「意思」「家族の意向」「医学的判断」
現在は、患者が意思決定をするための「意思決定支援」
意思決定支援とは、患者本人の意思決定を支援するための「意思決定支援」
本人の意思決定を支援するための「意思決定支援」



エンド・オブ・ライフケア

定義



エンド・オブ・ライフケアの特徴

1. その人のライフ(生活や人生)に焦点を当てる
2. 患者・家族・医療スタッフが死を意識したときから始まる
3. 患者・家族・医療スタッフが共に治療の選択に関わる
4. 患者・家族・医療スタッフが多様な療養・看取りの場の選択を考える
5. QOLを最期まで最大限に保ち、その人にとっての良い死を迎えられるようにすることを家族とともに目標とする



エンド・オブ・ライフケアを必要とする場面

- 死を予測させるような病気の診断を受けたとき
- 進行した悪性の疾患のために死期が迫っていると知らされた時、感じた時
- 加齢による身体・精神機能の衰えを感じた時
- 家族が上記のような状況になった時
- 身近な人が死を体験した時 など



質の高いエンド・オブ・ライフケアに求められること

- 疼痛・症状マネジメント
- 意思決定支援
- 治療の選択
- 家族ケア
- 人生のQOLを焦点化
- 人間尊重



事例1(施設)

享年82歳 男性 妻介護5、身障1級
 訪問診療開始時病名 ハーキンソン病 慢性肺炎夜間痛
 経過1
 公務員退職後は地元公民館館長など勤めていた。妻と二人暮らし。元来、3人の子は自立していた。

2011年ハーキンソン病発症
 2014年12月に重症肺炎・敗血症にて急性期病院入院加療
 2015年2月より回復期リハビリするも慢性肺炎発症し4月に胃ろう置設となった
 認知症進行、簡単な応答は可能、経口摂取不能、ADLは廃たきり、全介助状態であった。
 7月末に有料老人ホーム入所、当院訪問診療開始となる。



事例1(施設)

経過2
 7月2日、35℃、左右肺音清音、SpO₂95%と呼吸不全認め、急性期病院に救急搬送
 慢性肺炎の診断で1ヶ月入院
 8月1日、施設再入所、舌気あり経口摂取を希望する
 8月16日、40℃発熱、左右肺音減弱、意識レベル2桁、再び急性期病院搬送、慢性肺炎加療され、1ヶ月後退院



事例1(施設)

経過3
 9月10日、SpO₂85%となり在宅酸素導入
 9月24日、39℃発熱、肺炎として精液・抗生剤投与開始、イセハシリン→チエナム使用し10月29日治療終了
 2016年1月8日、大量黄色排痰、39℃、SpO₂83%、肺炎再発とし、同等の加療開始
 1月14日、重度貧血、低Na血症、仙骨部褥瘡併発
 2月2日、サービス担当会議開催(家人の看取り意思確認、以降の新たな看取りは行わない事確認)
 2月24日永眠。



事例(施設) 総括

- 難病進行の終末期であった。
- 及び にはなかった。
- 頻繁な重度喘息性肺炎を繰り返し、一旦入院すると1ヶ月の加療を要した。
- 本人は認知症のため、察人の意向、医学的判断の中で、
を實踐した。
- 経過を振り返り、は困難だったと思われる



事例2(自宅)

享年33歳 女性 介護保険未申請

訪問診療開始時病名 認知症 老衰状態

経過①

娘と二人暮らし。前年秋に担当医変更を機に通院自己中断

1992年、心筋梗塞、慢性心不全を発症。

2014年11月よりADL低下し娘がオムツ交換等していた。

12月より食事量著減。

2015年1月7日、全く食事取れないと娘より当院に緊急相談あり。

緊急往診にて、せん妄状態、脱水著明であった。



事例2(自宅)

経過②



事例2(自宅)

経過②

2015年1月7日より訪問診療開始。高栄養食による経口摂取で経過観察。

5月頃より傾眠時間延長。娘への精神面サポートを検討し、ショートステイ利用を勧めるも拒否。

6月12日、喘鳴、呼吸困難あり、SaO₂ 88%にて在宅酸素導入。心不全と評価し利尿剤静脈注実施。



事例2(自宅)

経過③



事例2(自宅)

経過④

6月18日、足底チアノーゼ出現。補液500cc/日開始。少量酸素投与及び前述補液、適時利尿剤投与で現状維持となる。

9月に入り、胸水顕著、呼吸浅く、痩せ進行。

10月19日永眠。



事例 自宅 総括

- ・介入時、認知症の老衰・終末期であった。
- ・ はなかったが、 [にて病前に平穏死を望んでいた。
- ・家人は相談者不在で、他者介入を極力拒む傾向にあった。
- ・家人の希望は、「ずっと傍にいたい」。
- ・その介護は24時間体制で、介入以前を加えると、永眠まで1年近くその状況が続いた。
- ・本人は認知症だったが、 家人の意向、医学的判断の中で、 を実践した。



まとめ

1. 高齢化社会の到来と慢性疾患患者の増大に伴い、終末期ケアの在り方が模索されている。
2. 誰もが安心して人生の終焉を迎えるためには、従来のがん患者の疼痛・症状管理に焦点化した「緩和ケア」や終末期に特化した「ターミナルケア」だけでは十分とはいえない。
3. 医療機関の他、自宅、施設での看取り等、地域における患者とその家族の生活に合わせた「エンド・オブ・ライフケア」という考え方が重要である。

第4回 介護医療連携懇話会 アンケート

在宅医療・介護を考える

～人生の最終ステージをいかに行き、どう締めくくるか～

2016.7.10 (日)

本日はハートクリニック第4回介護医療連携懇話会に参加頂き、誠にありがとうございます。
今後の参考のため、恐れ入りますがアンケートに協力をお願いします。

- ・性別 男性 女性
- ・年齢 20歳未満 20歳代 30歳代 40歳代
50歳代 60歳代 70歳以上
- ・職種 一般市民 介護士 看護師 医師 保健師 PT・OT・ST
介護支援相談員 相談員・SW 他医療従事者(職種：) 行政関係者

① 今回の参加は何回目ですか？

- 初めて 2回目 3回目 4回目

② シンポジウム「人生の最終ステージ」の内容はいかがでしたか？

- とても良い 良い どちらともいえない あまり良くない 悪い

③ ディスカッション（全体討論）の内容はいかがでしたか？

- とても良い 良い どちらともいえない あまり良くない 悪い

④ 本日の懇話会を通して最終ステージの生き方に対して、意識の変化がありましたか？

- はい いいえ どちらともいえない

↑「はい」と答えた方、よろしければ理由を教えてください。

⑤ 次回、第5回介護医療連携懇話会の開催があれば参加を希望しますか？

- 案内送付を希望（送付先をお知らせください） テーマによっては 参加しないと思
また、テーマについてご希望がありましたらご記入ください。

〔資料送付住所氏名〕

⑥ このような懇話会を主催・運営すると良いと思う団体

- 一医療法人でも良い 行政が絡むとよい どちらともいえない その他

⑦ 本日の懇話会のご意見・ご感想・お気づきの点等がありましたらご記入ください。

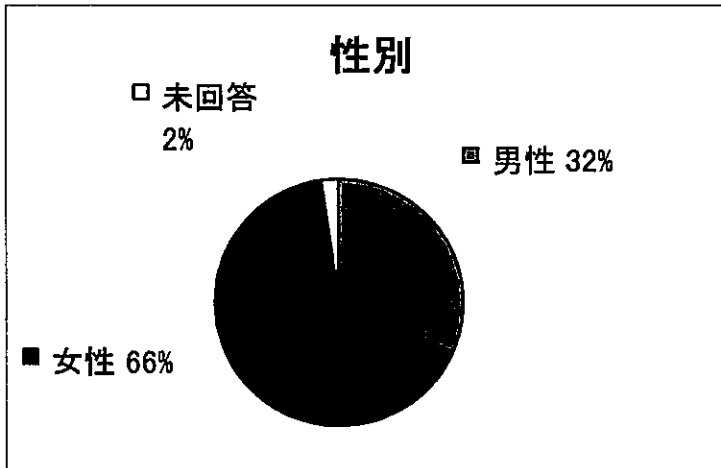
第4回 介護医療連携懇話会 アンケート 集計

H28.7.16

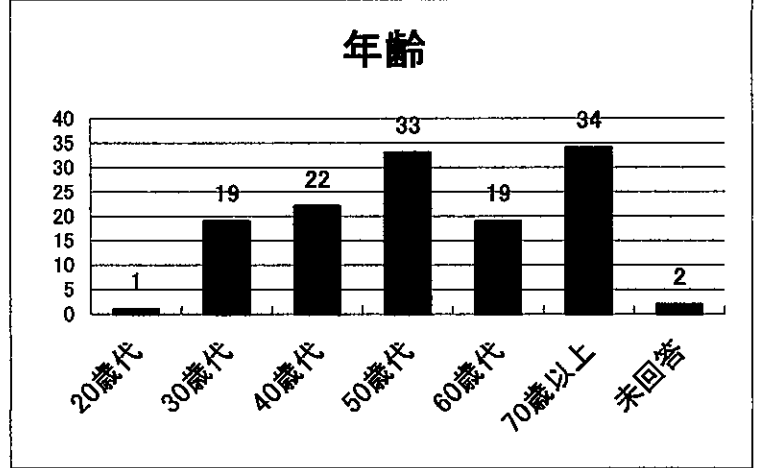
	一般	関係機関	小計	スタッフ	計
事前受付FAX	51	73	124		124
当日受付人数	73	104	177	52	229
アンケート	62	68	130		130

※アンケート回収(回答)率
(優心会スタッフは除く)
73.4%

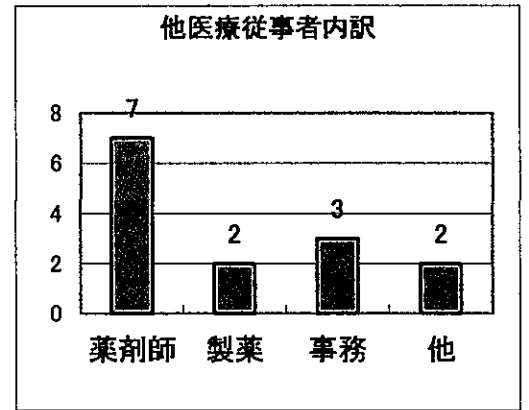
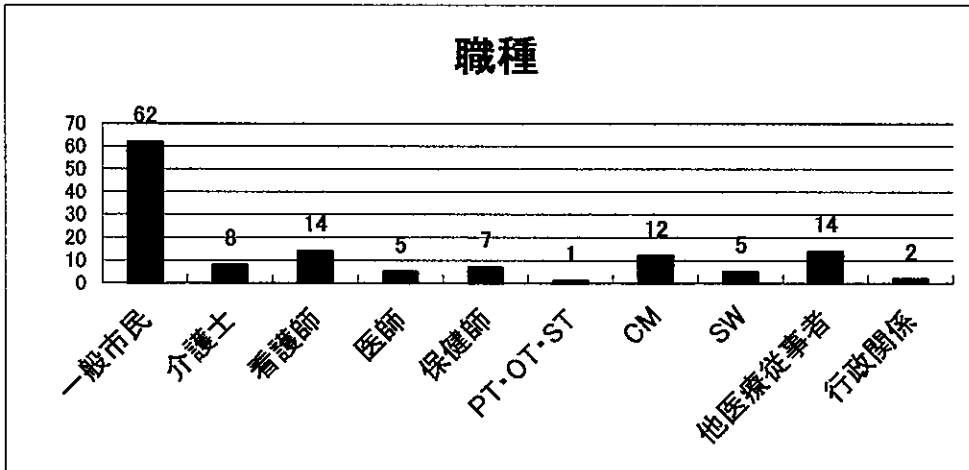
性別



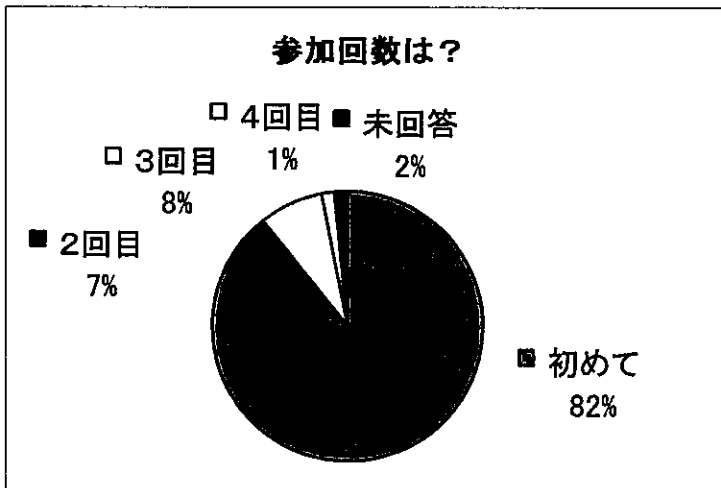
年齢



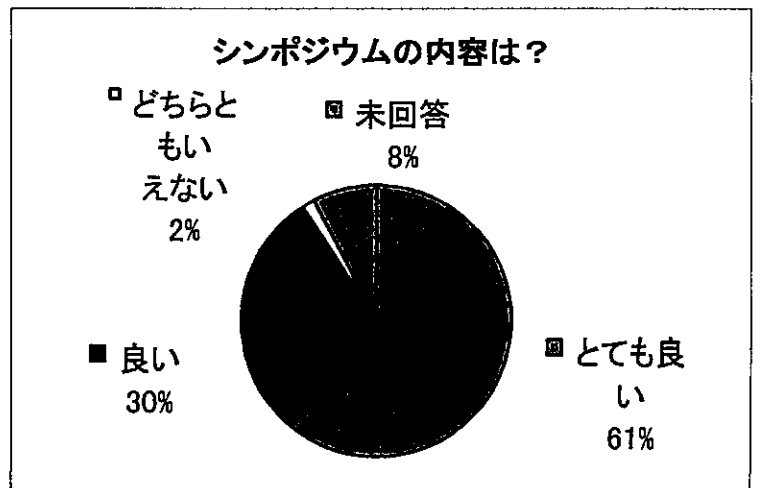
職種



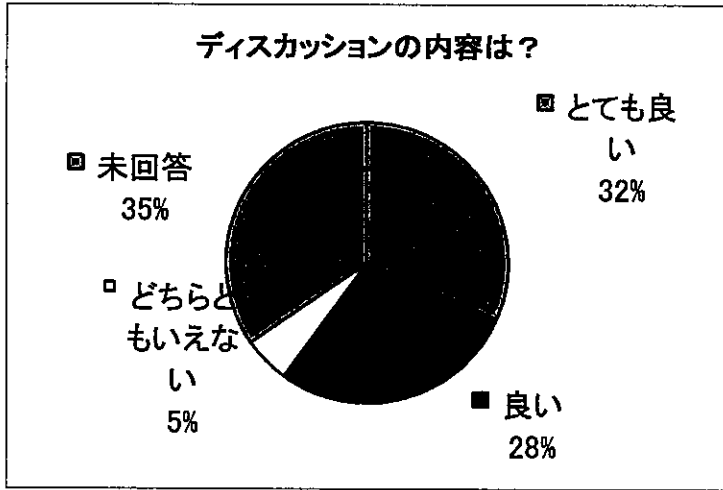
①今回の参加は何回目ですか？



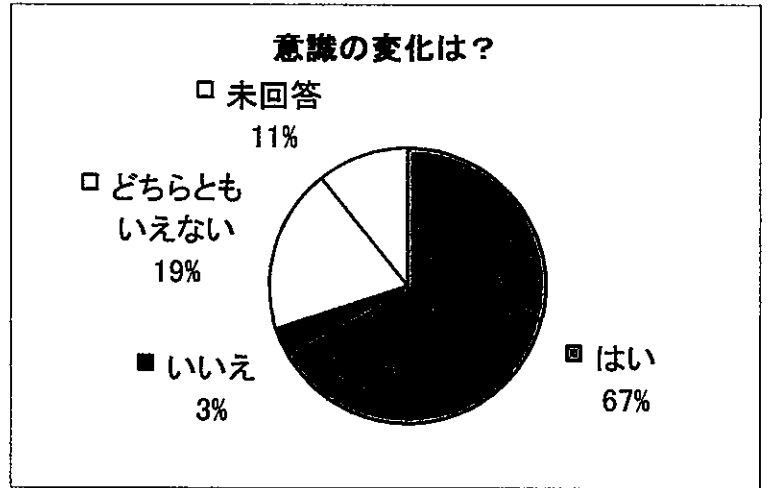
②シンポジウム「人生の最終ステージ」の内容は いかがでしたか？



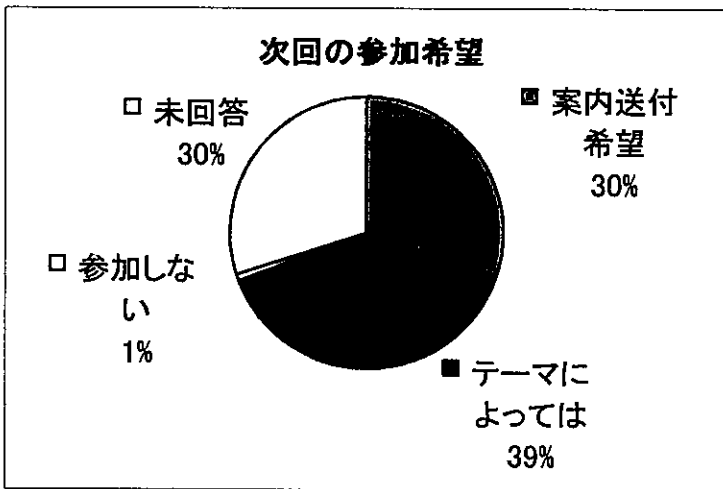
③ディスカッション(全体討論)の内容はいかがでしたか？



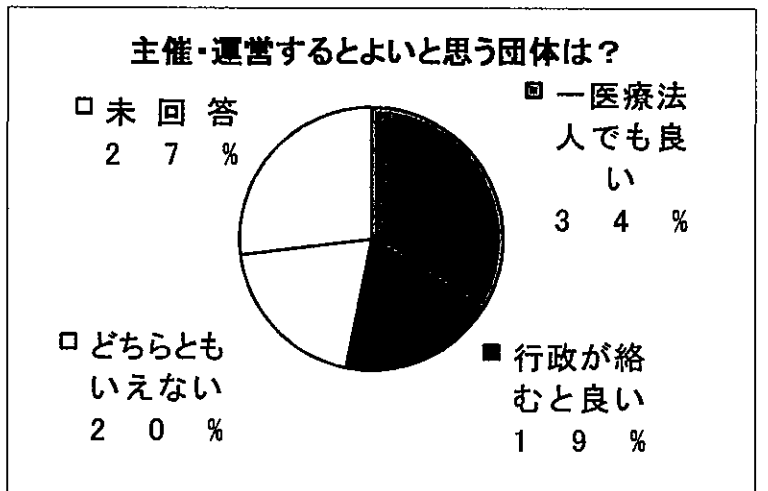
④本日の懇話会を通して最終ステージの生き方に対して、意識の変化がありましたか？



⑤第5回介護医療連携懇話会の開催があれば参加を希望しますか？



⑥このような懇話会を主催・運営すると良いと思う団体は？



④本日の懇話会を通して最終ステージの生き方に対して、
意識の変化がありましたか？「はい」と答えた方の回答

- 【一般】
- ・ 70歳を過ぎたので考えておくべきだと思った(70代・女性)×3(70代・男性)
 - ・ シンポジストの発表がとても良く、家族を看護する身として考えさせられた。(60代・女性)
 - ・ 自分の希望をはっきり記しておく事が大切だと感じた。
(70代・女性)×2(30代・女性)(50代・女性)(30代・女性)
 - ・ 自分の最終ステージの実感がわかかなかったが、話を聞き具体的に考えてみよう。
(60代・女性)(30代40代・男性)
 - ・ 日頃考えていた事が一層身近で良かった。(70代女性)
 - ・ ACPを夫婦・子供と話し合い、定めたい。(70代)(50代・女性)(70代・女性)(60代・女性)(70代)
 - ・ 人生の終い方、自分らしく生きる。(70代・男性)(70代・女性)×2(女性)
 - ・ 終い方を再考、ACPについて必要さを感じた。(70代・男性)
 - ・ 身近な問題と考えた、生きることの大変さ、残りの人生の生き方。(70代・男性)
 - ・ 考え方が変わった。(60代・男性)(70代・女性)(50代・女性)
 - ・ エンディングノートを毎年書き替えている。(60代・女性)
 - ・ 目を背けて過ごしてはいけないと感じ、今回入口と思い参加した。(70代・女性)
 - ・ どうしても自分はまだという気が抜けない(70代・女性)
 - ・ 現実的にとらえたい。在宅での看取りを深く考えるきっかけになった。(60代・女性)
- 【介護士】
- ・ 勤務している施設の利用者の意識確認を入所時に書いてもらう用紙を作成しよう。(50代・女性)
 - ・ 死について考えていた、再確認出来た。(50代・女性)
 - ・ 仕事に限らず、親・夫婦間でもACPの大切さを感じた。(30代・女性)
- 【看護師】
- ・ エンドオブステージでも可能な限りメリハリのある生活がその人の生きる糧になると感じた。
(40代・女性)
 - ・ 患者・その家族の意見を尊重し、診察・看護・介入が大切と深く学んだ。
(40代・女性)(50代・女性)
 - ・ 胃瘻を延命処置ととらえるのか。施設入所時PEG造設を求められることが多く、
個人の意思・尊厳など矛盾にあたいしないか。(50代・女性)
 - ・ 患者本人と家族の異なる意見をもう一度話し合う場を設け、
最後の迎え方を話し合いたい。(50代・女性)
 - ・ 仕事に限らず、親・夫婦間でもACPの大切さを感じた。(40代・女性)(50代・女性)

- 【医師】 ・ 様々な終わり方を知るのに、終わりなし(50代・男性)
- 【保健師】 ・ 自分・親・家族の最後には本人の意思を尊重し協力していきたい(50代・女性)2(40代・女性)
- 【PT】 ・ 立場や職種によって考え方が違うことを改めて感じた。(40代・女性)
- 【CM】 ・ 本人・家族を支える事の再確認が出来た。現場はいつも一生懸命に変わりなし。(60代・女性)
- ・ 最後をどう生きるかの本人の意思・家族がどうまとまるかで大切なACP。(40代・男性)
 - ・ ACPの必要性は認識できたが、立場上タイミングなどどう話すか難しい。(40代・男性)
 - ・ 仕事で死と関わる分、自分や家族の分と繋がった気がした。
支える医療を行う医師が多い事を心強く思う。(40代・女性)
 - ・ 早くから本人・家族の意思確認が大切だと感じた。(50代・女性)
 - ・ ACPの考え方を家族・周囲に広げていきたい。(40代・女性)
- 【SW】 ・ 本人の意思の大切さがとてもよく分かった。(30代・女性)
- ・ 個人としても職業としても改めてACPの大切さを考えさせられ、
今後は実践が必要だと思った。(50代・女性)
 - ・ 医療の常識を相手に押し付けてはいけないということが知らず知らずのうちに
薄れていた事に気づいた。何が本人にとって一番良いのか支える医療を展開できるよう、
懇話会を契機に更に終末期について考えていきたい。(30代・女性)
- 【薬剤師】 ・ 高齢化率45%毎月35人ずつ減少する竹田市では在宅医療は泡と消えそう。
原点に戻りたくて毎年聞かせてもらっている。(50代・女性)
- ・ ACPについて両親に確認したい。(40代・男性)
 - ・ ベストの医療を提供することが最良の医療と思っていたが、間違いで患者・介護者が望む
最後を迎える事が一番だと考えさせられた。(40代・男性)
- 【製薬】 ・ 医療の進歩、医師、コ・メディカルの努力により生死の選択が出来る時代にな
った事が素晴らしい。(30代・男性)
- ・ 終いの時を考えた時間(エンディングノート)を作る。(50代・男性)
 - ・ 自分・親の今後に対してとても参考になった。(30代・男性)
- 【事務】 ・ 元気なうちにACPについて家族と話しておく必要を感じた。(40代・男性)
- ・ いいえ・・・すでに決めているので(40代・男性)
- 【行政】 ・ 事前に最後のステージを考えた生き方を考えておくべきと感じた。(50代・男性)

⑦本日の懇話会のご意見・ご感想・お気づきの点等がありましたらご記入ください。

- 【一般】
- ・ 5年生存を目標・希望に考えいかに生きるか考えている。(70代・女性)
 - ・ 行政よりも一医療法人の方がきめ細かですりやすい。(60代・女性)
 - ・ 次回は主人も参加してもらいたい。(70代・女性)
 - ・ 各機関の具体例を示して頂き真摯な取り組みのお話に感動。手を伸ばせば周りにこんな強力な味方がいると改めて認識し、勇気づけられた。(60代・女性)
 - ・ ハートクリニック応援してます！頑張ってください！(30代・男性)
 - ・ 在宅で看取るというテーマはケースバイケースで判断されると思う。その為にもACPの考え方は重要だと感じた。(60代・男性)(60代・女性)
 - ・ 機会あれば参加したい。(70代・女性)
 - ・ 自身も50歳代になりACPについての懇話会は為になった。(50代・女性)
 - ・ その人らしく！限りある人生！短い言葉の中に深い意味を感じた。認知症と一日一日を大切に笑顔を見る幸せを感じて過ごしたい。(70代・女性)
 - ・ 初めての参加。参加に意義ありと感じた。(70代・女性)
 - ・ 事例をたくさん聞きたい。(60代・女性)
 - ・ 「延命は望まないが、苦しめないように」(70代・女性)
 - ・ 治す医療・支える医療、患者からはありがたい事。安心出来る。本人・家族が日頃から死について考え決定力を身につけていかなければと思った。(60代・女性)
 - ・ 参加して良かった。(30代・女性)
 - ・ 一人暮らしで頼れる家族がいない。終始胸に響く内容だった。良い機会をありがとうございます。終活急ぎます。(60代・女性)
 - ・ 介護を受ける日も近い人に向けた話しも聞きたい。(70代)
 - ・ スクリーンに文章が大きな字で簡単に映されると理解が深まる。(70代)
 - ・ 音響・声の出し方・大きさなどで一部聞き取れず残念。(女性)(70代・女性)(70代)
 - ・ 午前中の開催を希望。(70代・女性)×2
 - ・ 専門用語で理解出来なかった。胃ろうとは？初めて聞いた。(70代・男性)
- 【介護士】
- ・ 今まであまり考えていなかった事。真剣に考えないといけない事がたくさんあると感じた。(40代・男性)
 - ・ 充実した会だった。独居の母の介護をしながら仕事も頑張る。(60代・女性)
 - ・ 一人一人の人生の最終ステージが希望通りになりますように。(50代・女性)
 - ・ 自分の最後は自分で決めたいと思った。その為にどうすれば良いかがよく分かり、今日参加させて頂いて本当に良かった。(50代・女性)
 - ・ シンポジウムの内容資料があると助かる。(50代・男性)
- 【看護師】
- ・ 何も言うことはない。準備大変だったと思う。体調管理をくれぐれも大切に。私も日々の在宅を学ばせて頂いている。(40代・女性)
 - ・ 各職種の話(実際の現場の話)が聞けてよい機会だった。(50代・女性)(40代・女性)
 - ・ 在宅を支え支援するものとして、常に迷いがあったりする為、活動の参考としたい。活動・準備ご苦労様です。(50代・女性)
 - ・ 詳しい資料を望む。(60代・女性)
 - ・ 会場が寒かった。(50代・女性)

- 【医師】
 - ・ ACPをどの段階で説明するか。どの時期に更新するか。
看取り・ACP・家族のケア等を地域住民にどのように伝えていくか。(50代・男性)
 - ・ 是非続けて欲しい。なるべく参加する。(50代・男性)(50代・男性)
- 【保健師】
 - ・ シンポジストの発表はとても素晴らしかった。私自身の経験と重なるポイントもあり、とても共感できた。(50代・女性)
 - ・ エンディングノートの必要性を感じた。自身の経験から、自分の命と向き合った結果、何かしら答えが出た方はとても穏やかで素敵だったと思う。これからも日々精進しないといけないと思った。(30代・女性)
 - ・ 医療介護の連携の事、ACPの事色々考えさせられた。活かしていく。(40代・女性)
 - ・ 自分らしく生きるという事、地域で支えてくださっている皆様の実践の中から声を聞かせて頂きとても心強く感じた。(50代・女性)
 - ・ ACPについて・・・意思疎通できなくなったり、どんな選択肢があるのか情報提供して考える事が出来ると良い。胃ろうしたら、人工呼吸器つけたら、それぞれどんな人生を歩む事になるのか。考える材料を一般市民に与えられると良い。
(50代・女性)
 - ・ 夫のオムツを替えて欲しくない妻に対し在宅を希望して夫のオムツ交換以外にもいろんなサービスがあることを情報提供出来ると良い。女性の大半が在宅を希望しないので意識を変えられると良い。(50代・女性)
- 【CM】
 - ・ ACPは本人の願いを含み込んで連携する、一致団結する、それが残された者への関係性に連動しうる。死に向き合う事で家族は前を向いて生きるエネルギーになりうると考える。(40代・男性)
 - ・ 大変勉強になった。日々の業務に活かしていきたい。(40代・男性)
 - ・ この様な懇話会を各地域で行ったらいいなと思う。(50代・女性)
 - ・ 大変良かった。(60代・女性)
 - ・ 認知症の人=不安のかたまり という宮崎先生の言葉が印象深かった。(40代・女性)
- 【SW】
 - ・ 行政やかかりつけ医から患者にACPの用紙を渡してはどうか。自ら用意する事が難しい人もいる。年齢や期間等設けて。(30代・女性)
 - ・ ペーパー資料が無かったので、スライドのコピーで良いので欲しかった(30代・女性)
 - ・ 室内が大変寒かった。(30代・女性)
- 【薬剤師】
 - ・ 成年後見人弁護士を含めてまた続けて欲しい。(50代・男性)
 - ・ 良い話だった。(50代・男性)
- 【事務】
 - ・ お招き頂き感謝致します。シンポジストの先生方、スタッフの方々、大変ご苦労様でした。次回も参加させて頂きます。(40代・男性)
 - ・ とても良い会でした。また機会があれば参加。(30代・男性)
 - ・ とても素晴らしかった。NHKで放送しても良いと思う。(40代・男性)
- 【行政】
 - ・ ちょっと長いような気がする。(60代・男性)