

◆ グループワークの課題

認知症患者でACPをいつどこでだれが説明し、本人の意思決定支援を地域全体（病院⇔施設⇔居宅）でどのようにつなげていくのがよいでしょうか

◆◆ 意見

- いつどこでというのは決めることができない。体が元気な時はこういう気持ちだったけど、体が弱ってきたらまた別の気持ちになるかもしれないということで、いつではなく常にずっと、その時々で気持ちは変わるので決められない。
どこでというのは病院で聞かれる場合もあれば、家で家族に聞かれる場合もある。
誰がというのは妻に聞かれたらこう答えるかもしれないし、看護師さんに聞かれたら違う内容で答えるかもしれない。子供に聞かれても変わるかもしれない。常にいろいろな人と話し合うことが必要。
足立先生がされているように色々な方と、「どのように」は、こういうテーマをみんな考えてみましょう、国民のコンセンサスとしてこういう事を考えることのできる社会になればいいと思う。
- （病院で終末期に文書と一緒に家族とドクターとでお話をされた方）どうしたいかドクターと決めて最終的に看取ったが、本人の意思疎通ができなかったため、本人の思いはどうだったのかが思い残した点。
- パンフレットや介護保険で定められた枠組みがあることで、「こんなことが良かったのでいかがですか？」「こういうことをして、こんなふうに思われましたよ」といった方向に持っていかに話が出来るのは良いと思う。
- 本人の意思決定ができない段階で話を進めることは難しいので、ケアプランの立つ時期くらいから本人がどう思っているか、ケアプランの中に常時書いて行き、本人の意思をそれとなく知り続けていくことが大切。
- （開業医）このパンフレットを介護保険申請する人や認知症になって長い人、付き添いのご家族、非該当になった方へも説明する。答えは出してもらっていない。家族で話してくださいねと説明している。
最初この話をいつすればよいか迷ったが、患者を選ばず「皆さんに話しているんですよ」という感じで。
- （開業医）話しづらいことなので、パンフレットから、考えないといけない理由だけをピックアップして話している。あまり突っ込んだ話をするとうまく悪くされる方もいらっしゃるのでは軽く話をする。