

Q1 ご本人とご家族の思いや意見が違ふ時及びカンファレンスの時等に複数のご家族の意見が違ふ時の対応について、また、実際にそのような事例があった時にどう対応したらよいでしょうか。

支援者としてできることは一旦それぞれの意見を聞き、その意見のメリットとデメリットを正しく伝えることだと思います。

その場で意見が分かれ、方向性が決まらない時には、支援者が間に入り、いついつまでにと期間を決めてキーパーソンを中心として、家族間で話し合いを行い、意見をまとめておいてくださいとお願いするのが良いと思います。

困るのは長男、次男等が別々に支援者に相談して来られる時や家族関係が悪い時です。安易な回答は避け、「キーパーソンを通して、決めていくようにしています」と回答しています。

高齢者にお伝えすることとして、元気なうちに、家族と良い関係性を保ち、家族間で将来のことを話し合っておいていただくことをお勧めしています。

【地域包括支援センター：介護支援専門員】

よく経験するシチュエーションで、様々な状況がありますが、先ずはご本人の判断能力をアセスメントします。

判断能力を十分に有している方の意向は最大限尊重すべきと思い、ご家族に対応策を説明しています。判断能力が低下している方の場合も、全く判らないわけではないので、極力尊重するように対応しています。

最も重要視しているのは、情報提供支援です。本人・家族共に、どのような情報（判断材料）を得て意思決定に至ったのか、そのプロセスを確認し、不足があれば追加提供し、誤認があれば修正し、情報過多であれば整理しています。

そして、最初に決めた方針も、後から変更できる事を伝えています。本人・家族の多くは、「一度決めたら貫き通さないといけない。」と思っている事が多く、「やってみたらダメだった。違う方法をやってみたい。」でも良い事を伝えています。色々試せると思えば、少し気持ちも楽になると思います。

最後に、相談対応が継続する事を伝えています。療養・介護が続く限りお困り事が有ればいつでも対応しています。自分の手に負えない案件は仲間の専門職の協力を得て対応しています。

本人・家族にとって“自由度”が高まれば気持ちに余裕ができ、意見の対立も少しは緩和されるのではないのでしょうか。

【病院：医療ソーシャルワーカー】

当院で対応の事例を紹介します。60代男性で、進行性胃がんの診断を受けており、発見時には他臓器への浸潤があり、根治的な治療は困難な状況です。ADLは、現在ほぼ自立しているが、今後、病状の進行により低下していくことが見込まれます。

現在、認知症の90代のお母さんと二人暮らしで、今後の生活について、ご本人は自宅への退院の意向があります。一方、キーパーソンである妹さんは、認知症のお母さんと二人の生活は困難ではないかと危惧しています。地域医療連携室で、介護保険申請や生活保護の受給の可能性、年金の申請など、経済面での調整を進め、ご本人とご家族両者の意向に沿えるような支援を行っているところです。

【病院：看護師】

医療・介護のカンファレンスで、異なる意見が生じることは、まれではありません。以下のように考えています。

1. お互いの権利を尊重するとともに関係者の義務を確認する。

2. 異なる意見・希望の実行が可能かどうかの判断をする。

実行した場合に想定される問題点を、提供できる医療・介護の限界を確認しながら検討する。

3. 折衷案を検討する。

4. 選択した意見を実行する場合には、撤退する条件を設定する。

本人の思いに基づいた対応をまず検討します（上記 1）。介護力などで本人意向がかなわない場合（上記 2）、折衷案を検討します。折衷案なら本人の意向も含まれ、お互いが納得できるでしょう（上記 3）。折衷案が困難な場合は、撤退条件付きでの本人の意向に沿った計画を立て、実行します（上記 4）。撤退条件を満たせば、本人も諦め、家族の意見しかないと考えerでしょう。

また外来診療の現場で本人・家族の意見の違う場合は、多くは家族内でのパワーバランスで方針が決定されています。

【病院：医師】

入所中に、ご本人は「家に帰りたい」、ご家族は「在宅介護は難しい」と言われた場合は、まずご本人、ご家族、居宅の介護支援専門員、施設職員の多職種でカンファレンスを行います。その後、ご自宅への外出・外泊を経て、サービス調整ができれば短期間でもご自宅へ退所していただきます。

また、複数の家族の意見が違う時は、施設としては契約をしている身元引受人とお話させていただきます。その他のご家族は、身元引受人と話していただきます。看取りの時の対応も同様にしています。

どちらも難しい課題ではありますが、施設としては、ご本人に納得していただけるよう、ご家族を交え多職種でのカンファレンスを基本としています。

【介護老人保健施設：施設長（社会福祉士）】

大きな課題の一つであると考えています。ご本人とご家族の意向を聴くのが、私たちの仕事だと思います。お互いを意識して、本心が話せない場合もあるので、別の場所でお話を聞かせてもらいます。状況によっては、主治医に病状説明をお願いすることもあります。

看取りの場合だと、自然の経過として、徐々にお食事の量が減っていき、身体の動きが悪くなります。体調の変化に伴い、現状を踏まえた上で意向を確認すると気持ちが変わることもあります。

訪問看護師は、ご本人とご家族の揺れ動く気持ちに寄り添い、それぞれの思いの整理や意思決定のお手伝いをしています。

【訪問看護ステーション：看護師】

患者さんは家に帰りたいが、家族はいろいろ難しいということが多いです。基本的には、ご本人の希望をかなえられる様に考えます。ただ、現実、介護は大変だし、自宅でも過ごせるし、病院でも大丈夫です。小規模多機能に泊まることもできます。複数の環境を用意できるようにします。

ご本人もやっぱり病院もいいと、第2段階の考え方に変わることもあります。流れを変えることもできると思います。

【診療所：医師】

ACPは「もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組み」と定義されています。

重要なのは話し合っただけで価値観や気がかりを共有するというプロセスであって、何かを決定することではありません。違う意見があればそれを記録しておいて話し合いを繰り返してゆけばよいと思います。

とは言え、治療方針や療養場所については決定する必要があります。そのような場合には話し合いを繰り返して、全員がある程度納得できる落としどころを見つけることになります。

【診療所：医師（ACP普及推進員）】

ACP等で、ご本人の意思があらかじめ明記されている場合は、それを最優先とします。しかし、現状ではこれは少数です。

認知症などでご本人の意見がはっきりと伺えず、なおかつ、カンファレンスの時点で、家族内で意見がはっきり分かれていた場合、私の方からの現状説明の後、あくまで参考意見として私の意見を述べさせて頂き、後日ご家族内で意見をすり合わせて頂きます。その後、再度のカンファレンスを開催したこともあります。多くの場合は、ケアマネの方があらかじめ意見をすり合わせてくださっているため、とても助かっています。

また、ご本人、ご家族の意見も時間の経過により変わることがよくあり、その都度対応して頂いています。

【診療所：医師】

認知症のご利用者の方とご家族との意見の相違が思い浮かびます。
ご利用者の方は“自分でできる！”と思っておられ、ご家族は“できなくなった”との認識をお持ちの場合、サービスを介護計画に落とし込む事はできても、実際の日々のサービスに繋がらない事もあります。そのような時には顔なじみになっていただけるように「お話を聞かせていただけますか？」等、まずご自宅の中へあげていただくことから始め、自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の方に寄り添うと同時に、ご家族の介護軽減も含めご希望されるサービスに繋がるように対応をしています。

【ヘルパーステーション：介護員（ヘルパー）】

支援をしていくうえでみられる課題の一つです。家族間でキーパーソンを決定していただきカンファレンスなど会議を進めていきます。

- ・本人の意思を尊重する事を中心に、本人の意向・希望を実現できるようにします。
- ・そのために本人の思いを家族・主治医を中心とした医療ケアチームも、家族間の意見相違も受容しつつ一緒に考えていきます。
- ・医療ケアチームは、本人・家族に対し、医師を中心に最善についての一般的判断の説明を受け、治療に対する選択肢を提示していただきます。この情報はみんなですっかり情報共有します。
- ・本人・家族は医療ケアチームに本人・家族が過ごしてきた環境や、それにまつわる話・思い・価値観等を伝え情報共有します。
- ・本人・家族と医療ケアチームがしっかり対話を行っていく中で、本人の意向・希望に沿った選択肢を見出し、医療ケアチームとの情報共有と、その後双方で本人の意向・希望に沿った意思決定の共有ができるようにします。（対話を欠かさないようにします）
- ・ACPを都度、適切に行うことで本人・家族の心のケアにもなると思います。

【居宅介護支援事業所：介護支援専門員】