

第3回 神戸市「人生の最終段階における意思決定支援」に関する有識者会議 議事要旨

- 1 日時 令和2年9月2日(水) 13時30分～15時
- 2 場所 三宮研修センター8階 805会議室
- 3 議題
 - (1) 普及啓発の方法について
 - ①市民への普及啓発について
 - ②医療・介護従事者への普及啓発について
 - (2) 行政、医療関係者、介護関係者の役割分担について

【議事要旨】

(1) 普及啓発の方法について

①市民への普及啓発について

(事務局より資料2について説明)

●座長

「意思決定支援」という言葉には、非常にわかりにくい部分があると思う。医師会が意味する「意思決定支援」には、「ACPの扉を開けるきっかけにしたい」という意味を含んだ表現であったように思うが、「意思決定支援」という言葉の定義についてご意見を伺いたい。

●委員

「人生の最終段階における意思決定」には様々なバリエーションがあり、ACPはその中的一部分であるということで、事務局からの説明のとおり「ACP」は、「人生の最終段階における意思決定支援」の中に含まれるものだと解釈している。

●委員

「意思決定支援」が広い概念の中であって、その中に「ACP」が含まれるということは理解したが、神戸市がこれから普及啓発したいと考えているのは、「市民自らが人生の最終段階をどのように生きていかを考える機会を提供するためのサポート体制を整える」ことや、「本人と家族のコミュニケーションを促進する」とことという理解でよいか。

○事務局

そのように解釈していただいて問題ない。

●座長

いきなり「意思決定支援」と言われても、なかなか一般市民にとって難しいのではと思う。そういう意味で、医師会提案の「救急もしもシート」のように、考えるきっかけとして媒体が必要であると感じる。もし自分が倒れたらどうするのかシートに記載したり、そういうものをきっかけにして次のACPに入っていくという流れが良いように思うが、ご意見はいかがか。

●委員

考えるもとなるツールがあれば、考える習慣がつく。考えることに慣れれば、周りにどんどん広がっていくという意味で、啓発につながると思う。ツールについ

では、次回の議論内容だと思うが、医師会でも緊急時の情報共有ツールを考えているので、様々な職種の人が共有した上で、この人は今どういうふうな考え方で人生を過ごしたいか、もう少し踏み込んでいうと、最期を迎えたいかということについて共通認識をもって対応するということ。

もちろん時期によって考え方は変わると思うので、更新していくことが必要だが、いずれにしてもそのようなことを「考える」ということから始めてみるのが大事だと思う。

(事務局より資料3～5について説明)

●委員

まず、普及啓発しようとしている意思決定支援というのがどういうものかというのを明確にして、市民に普及する必要があると思う。

厚生労働省が発表している「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」の中では、「人生の最終段階で起こりうる心身の状態の変化や、人生の最終段階に行われる可能性のある医療やケアの方法、人生の最終段階に過ごす療養場所について、家族やかかりつけ医などの医療・ケアチームと、事前に繰り返し話し合っておいてください」ということを普及啓発するという事になっている。

これから神戸市が普及啓発を進めていかれる内容というのは、「自分の意思が表明できなくなったときに、栄養・水分の補給の方法とか、最終段階に療養場所をどうするかということをお話し合ってください」ということなのか、第2回会議の資料3にある「亡くなる前（終末期）の過ごし方についての意思決定ではなく、どのような医療・ケアを受けたいか、どのように生きるのかという『人生の生き様』についての意思決定を支援」するものなのか、神戸市の意思決定支援とは何かを明確にしておくことが必要なのではないか。何を啓発するのかということはとても大事な論点だと思っており、それによって、普及啓発の方法や対象も変わってくるのではないかと思うがいかがか。

○事務局

とても貴重なご意見をいただいたと思う。まさに欠席委員から指摘があった内容とも重なるが、国のガイドラインでは、やはりACPに軸足を置き、ACPを普及啓発しようというようにまとめられているようだ。

対して、今回、事務局がまとめた資料2の3に記載しているとおり、市としては、「ACP」のほうが概念としては狭いので、「意思決定支援」のほうを積極的に普及啓発していきたい。

その「意思決定支援」とは、「神戸市では相談体制がきちんと整っているのですが、もしわからないこととか相談したいことがあったら来てください」ということを啓発していくことであると考えている。

その相談先がかかりつけ医になるのか、ケアマネジャーになるのか、ご家族になるのか、もしくは神戸市が設置する窓口になるのかという問題はあるが、そのような相談体制が神戸市ではきちんと整っているということをお知らせしていくことを考えている。

●委員

健康な市民への普及啓発なので、「人生の最終段階について、もっと話をしよう」というところからスタートする必要があると考えている。

がん患者連絡会の中でも、家族と話ができないという事例を聞く。また、兵庫区でも「もしもノート」をつくって普及しようとしたことがあったが、集まりに来た人はノートに関心を示すものの、それを活用して家族の中で話をしているかという、やはり実際には話はできていない。それは、家族の中で「もしも」のことについて話をする習慣がないことが原因だと思うので、いきなり「人生の最終段階」という言葉を出すのではなく、もっと柔らかく「話をしよう」というアピールから始めていき、話す文化を作っていくことが必要であると思う。

「ざっくばらんに話をしようよ」という内容の明るいトーンの神戸市独自のポスターをつくって、クリニックや地域の方が集まる場所に、張り出すことで啓発活動を始めてみてはどうかと思う。

●座長

この会議の目的自身が、「もっと話をしていこうよ」というカルチャーをつくっていこうということであって、何か定型のものをつくりましょうということではないと思う。ご指摘いただいた方向に向かって、市民がもしものことをもうちょっと気楽にあるいは継続的に話をするような、またその話をする相手ができるような、そういう環境をつくりましょうということだと思うので、全く同感である。

●委員

通常日本人は話したがらないものだが、今のコロナの時代には、毎日のようにコロナのことを話し合っている。先月まで元気に生きておられた人が、今はECMOや救急医療などを受けているような方もいらっしゃる中で、もしものことを考えてない人は一人もいないと思う。

どのような終末期医療が望ましいかを話し合っていただくために、コロナとうまく絡めていけば良いと思っているがいかがか。

●座長

確かにコロナは大変な問題であるが、ピンチをチャンスに変えるというか、きっかけにしていくというご意見は大変参考になると思う。

●委員

コロナの問題については、今まで病気のことを考えてこなかった人も、自分の身に迫る問題として真剣に考えている。このタイミングを逃さないということは非常に良いことであり、コロナの問題をうまくACPにつなげていくことは神戸市行政の手腕だと思っている。

啓発に関しては、資料5では3つのカテゴリーに分かれているが、健康な市民は、人生の最期のことに関しては、なかなか考えがまとまらないと思うので、まずは本当に差し迫っている終末期の人をどのように支援していくのかについて、十分に考えをまとめて、啓発していくことが大切だと思う。順番としては、終末期の人を対象とした取り組みについての啓発をしながら、次に、その一段階前の病気を持って

いる方、あるいは要介護者に、「それほど差し迫ってないけれども、今から考えておく必要がある」ということで啓発する必要があると思う。それがある程度浸透した後に、健康な人も、「10年後、20年後になったらどうなるだろうということを考えてみましょう」という啓発をする。最初から、すべての段階の人に啓発することは、なかなか難しいと思うので、優先順位をつけた上で啓発していくというのも一つの方法ではないかと思う。

●委員

コロナの問題は、もし自分がかかって重篤化したらどうなるのかと考えやすい時期なので、コロナのことを話題にしながら、市民啓発に結びつけるというのがとても良いと思う。

今まで、本有識者会議では「ACP」が中心の議論だったように思うが、今回事務局から「ACP」と「意思決定支援」との区別という話が出たので、少し話の軸を変えないといけないのではないかと思っている。

先ほど、優先順位という話があったが、全く健康な方というよりは、40歳代くらいの親の介護で悩んでいるような世代の人をターゲットにすれば良いと思う。地域でいうと、民生委員の方に市民啓発のリーダー役を担ってもらえるようにトレーニングをするということも方法としてあると思う。

また、各地域で「暮らしの保健室」というのが広がっている。元々は、がんの方を中心のピアサポートということで秋山正子さんがつくられたが、共感する方が多く、行政だけでなく、民間で「暮らしの保健室」というものをつくって、様々な病の相談に乗ろうという動きである。そのような民間の力も借りながら広げていくということも、一つの形ではないかと思う。

●臨時委員

ケアマネジャーは要介護の方に関わるが、ご家族は、要介護の方と一緒に生活する中で、かなりさまざまな苦勞を抱えながら生活されているのが現状で、人生の最終段階というところは、ご家族はとても真剣に考えられていらっしゃるということを、ひしひしと感じている。

あんしんすこやかセンターでは、できるだけ介護にならないように、予防について啓発しているが、一般的に健康な市民が、人生の最終段階のことを考えるということは非常に難しいと思うので、人生の最終段階の生き方という部分まで啓発するのは難しいという印象を持っている。

とはいっても、要介護になると、本当に先行きが見えなくて、最終段階にどうすれば良いのかということは日々考えているので、専門職の皆さんと考える機会を持ち、一緒に意思決定を支援していくことは大事なことだと思っている。

●座長

「健康な人」が最終段階のことに関心を持つというのは難しいと思うが、介護しなければいけないようなご家族を持っている方々は非常に関心が高いと思うので、そのような方々にしっかりアピールをしていくことが、一つのきっかけになると思う。

(事務局より資料8「欠席委員のご意見」について説明)

②医療・介護従事者への普及啓発について

●委員

医療・介護従事者が、「意思決定支援」とは、どういうものを支援していくことなのか、しっかり議論し、理解するということがとても大切なことだと思う。

厚生労働省の人生会議に対して、『死』に焦点が当てられているのではないかと、いう点に患者団体や家族から疑念が抱かれている。

患者団体の方も、患者や家族がその時々で最善を選択できるように、医療従事者と介護従事者が信頼関係をつくりながら、語り合っておくことが必要だと言っている。医療・介護従事者と患者・家族が信頼関係をつくり、コミュニケーションを深め、最善の決定ができるように、「意思決定支援」とは何かということをよく議論して、それを理解して進めていくということがすごく大切なことになると考えている。

●委員

「意思決定支援」については、様々なところで話題に上がるようになってきており、訪問看護の世界でも、どのようにすれば最期まで本人の力で生きていただけるかということが議論になる場面が多くなった。

先ほどご紹介のあった「暮らしの保健室」でも、病気の診断をされた後でお越しになる方が多いが、「これからどうやって生きていきたいか」という話をする、と、「家事をできるだけ一人でやりたい」というように、比較的スムーズに希望を聞くことができる。

患者会の定期的な集まりや、「暮らしの保健室」などに来られる方には、対話をする時間、場面をつくることことができるが、そのような場に来られない方とどのように対話するか。具体的な案がある訳ではないが、クリニックに「話をしようよ」というポスターやリーフレットがあると、介護関係者・医療関係者も「やらないといけない」と意識が向くと思う。

対話する場面をどうつくっていくかということが問題であり、非常に重要な点だと思う。

●委員

基本的には、医療や介護関係の団体で講演会、普及啓発兼勉強会を開催するのが良い。神戸市には「神戸市地域医療推進協議会」があり、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、ケアマネジャー連絡協議会、その他たくさんの医療関係の団体、介護関係の団体が入っているので、横の連絡もとりながら、普及活動を行っていくことができれば良いと思う。ディスカッションやケーススタディ、その他いろいろなことを報告し合いながら、医療関係者、介護関係者に意思決定支援について勉強してもらいながら普及啓発するというのが良い。

ただ、今はコロナの影響で、会議を開きにくい状況であるので、当面はそれぞれ

の団体の中で、またそれぞれの施設の中で、患者と話をするときに、最終段階のことについても、一言付け加えて対話するということをやるしかないと思う。

●委員

年配の患者やコロナにかかった患者の家族から、「何でもしてくれ」「助けてくれ」と言われて、医療行為を行った結果、数週間後に本人が無意識状態あるいは昏睡状態になり、家族から「こんなはずじゃなかった。こんなところまで頼んでない」と言われ、裁判沙汰になるということが無数にある。

だから、海外では、医療・介護業界では、自己防衛策として、年配の方が病院・施設に入るたびに、「ところで、あなたのACPはできているのか、あなたは最期どのように生きたいのか、それを言葉に出して書きとめましょう」と、積極的に接することが当たり前になっている。

幸い日本では、まだそういう裁判はわずかだが、これは時間の問題で、医療法人を相手取った医療裁判は右肩上がりが増えてきている。だから、最終段階の話は決して楽しい話ではないが、クレームがつく前に、可能な限り医療側からも話をしたほうが良いと思う。

●委員

医療・介護専門職の方々には、啓発というよりも、研修がまだまだ必要だと思っている。厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が出された後、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインや、身寄りがいない人の、判断能力が低下した人に対するガイドライン、障害者の意思決定支援のガイドラインなど、ここ2～3年の間に、意思決定支援のガイドラインが複数出ている。特に認知症のガイドラインなどは、ぜひケアマネジャー等の介護職の方にもよく知っておいていただきたいような日常の支援について記載されているが、なかなか周知されていないのが現状である。

やはりコロナの関係で、なかなか集まるのが難しいので、部分的になるかもしれないが、WEBを用いた研修会を実施することなどを考えていく必要がある。

●臨時委員

「人生の最終段階における意思決定支援」については、国からも関係団体からも、必要だということで様々なアドバイスいただくが、ケアマネジャーがどこまで理解しているのかというと、わからないというのが正直なところである。昨年も、医師会に依頼して、ACPについての勉強会はしたが、まだ理解はされていないと感じている。まずは、医療・介護関係者が「なぜACPが必要なのか」について理解するところからはじめないと、利用者への支援には至らないと思うので、研修を地道にしていくことが大切だと思う。

(事務局より資料8「欠席委員のご意見」について説明)

●座長

資料の最後にある「当人や当人を取り巻く人たちにとって、押しつられたという印象を持たれないように、注意が必要」という部分もポイントだと感じる。

(2) 行政、医療関係者、介護関係者の役割分担について

●座長

前回の会議でご提案させていただいたとおり、これまでの議論の中でも、ACPの関係者として、介護従事者、特に「ケアマネジャー」という言葉がしばしば出てくるが、委員にケアマネジャーの関係の方がおられなかったということで、本日、臨時委員として伊賀委員にご出席いただいている。神戸市におけるACPの導入に関して、ケアマネジャーの立場からのご意見をお伺いするとともに、あわせて意見交換ができればと思う。

●臨時委員

先ほど、資料6で、医療・介護サービスの利用時と終末期における医療・在宅間の連携、終末期における生活面での希望聞き取り支援、それから、患者と医療職とのコミュニケーション支援について、ケアマネジャーに期待されているということで、ありがたく思っている。この3点については、日ごろケアマネジャーが意識している部分であるが、そもそも「人生の最終段階における意思決定支援」という概念について理解が不十分な部分もあるし、研修等もまだまだ十分に行き渡っていないところもある。資料7に「ケアマネ連絡会の意見」という形でまとめているので、ご確認いただきながら、意見として述べたい。

ケアマネジャーの仕事としては、本人がどのような暮らしをしたいか、まず意思を確認する。要介護状態になったことで、これまで当然にできていた外出や買い物ができなくなるので、「暮らし」を重要視している。本人がどのような暮らしを目指しているかということ聞き取り、どのように自立した生活を送る支援をするかということが、ケアマネジャーの役割である。そのような「暮らし」支援という意味では、ACPに関わっていると思うが、課題についてアセスメントするのがケアマネジャーの役割である。病気に関することや、病気の影響で自立した生活ができないという場合は、医師に助言を求め、判断を仰いでいる。

病院・医療・施設・在宅間の連携については、入院時に、もともとどのような生活をしていたのかということを書き入れた入院連携シートというものを病院に送るといふかたちで連携している。要介護の方は、ヘルパーやデイサービスの利用中に体調が悪くなるとケアマネジャーに連絡が入るので、その場合は速やかに、病院の先生に連絡させていただいている。

終末期については、ケアマネジャーは比較的介護職出身の方が多いので、なかなか医療面での予測はつきにくい。利用者の中には、訪問看護もあわせて利用されている方が多いので、訪問看護師と連携しながら、終末期の支援をしているのが現状である。最期の希望の聞き取りについては、本人が意思表示できるときは良いが、できないときはご家族に代理意思表示をお願いしている。

患者と医療職とのコミュニケーション支援は、本人が自分で話ができなくなるといふことが多いので、どのような生活をしていたのか、日常的にどのようなことを

話されていたのかということや医療側に伝えるということがよくある。認知症等で判断が難しくなる方についても、もともとどのような生活をしていたのかということや、ケアマネジャーが理解しているので、話し合いができるような橋渡しをしているのが現状である。

ACPのケアマネジャーへの関与で難しいと思う点は、看護師等の医療職の方でケアマネジャーの資格を持っている方は少なく、また資格は持っていますが、実際に働いている現場の方の9割程度は介護や福祉職の方であるという点である。医療的なバックグラウンドは、ほとんどの方が持ち合わせておらず、がん末期や、終末期の方については、看護師が重要な役割を果たすことが多いので、「一緒に担っていく」ことが重要になる。

救急現場で運び込まれた方について、医療側からどういう形で治療をしたらいいのかとケアマネジャーに聞かれることがあるが、延命治療については、本人から聞き取っていないというのが現状であり、今後の課題であると感じている。また、終末期には、身体的な痛みの軽減が主としてあるが、どういう形で痛みを軽減していくかということや医療側と話し合う橋渡しがケアマネジャーの役割だと思う。

ケアマネジャーがACPに関わるための方策については、「人生の最終段階の意思決定」の目的について、ケアマネジャー自身が理解することから始めないといけないので、この会議を通して、もっと広めていかなくてはならないと思う。「暮らしの支援」は担っているものの、「最終段階における意思決定支援」のところは、まだまだ難しい状況である。

まずは、委員の皆さんにケアマネジャーの現状を知っていただくことが大切だと思っているが、ケアマネジャーは、利用者のところに訪問するのは月1回のみということもある。アセスメントには十分な時間をとっているが、十分に利用者への聞き取りを行えているかということや、そうではないことが多々ある。「ケアマネジャーは何を知っているのか」と言われることがあるが、実際にサービスを提供しているのは看護師やヘルパー、デイサービスの事業所であり、そのような職種の方は直接介護サービスを提供される中で、本人の意思をよく聞かれている。そのため、看護師やヘルパーと一緒に、意思決定のあり方について勉強する機会が非常に大切なのではないかと思っている。特にヘルパーは、日常的に生活面で関わっているが、実際に働いている方は非常勤の方が多いので、ヘルパーのサービス提供責任者として連携する必要があると思っている。

●座長

ACPは非常にデリケートな問題であり、医療者ではないので十分な介入ができないということもあると思う。このデリケートな問題というところに、法的な負担を感じるという意味合いもあるのではないかとお聞きしていた。

●委員

ケアマネジャーに、医療者とは別に人生の最終段階への意向を確認していただくのは、かなりハードルが高いと思っている。ケアマネジャーの法定研修で「倫理」の項目が正式に入ったのは平成25年以降だったと思うので、平成24年までにケアマネジャーになられた方、つまりベテランのケアマネジャーは、法定研修で「倫

理」を習う機会があまりなかった。人生の最終段階で様々な意思決定をするときに、医療者ならば、例えばジョンセンの分割法などが頭に入っていて、医療状況とか、本人の意向とか、QOLとか阻害要因を考えながら最終的に判断するのだと思うが、それをケアマネジャーに要求するのは無理がある。最終的には、本人・家族と医療者と一緒にチームで決めていくという流れの中の主要なメンバーという形で関わっていただくのが良いのではないか。

ただ、医療者から見ると、ケアマネジャーというのは、本人の価値観や生き様、家族の思い等に一番近い存在だと感じている。介護体験でどのような思いをした、どのような気がかりがあるか、「ひ孫が生まれるまで頑張りたい」という人生の目標をもっているとか、そのあたりのことを知り得るのはケアマネジャーが一番近いと思う。それをもとに療養先等、様々なことを決定されていると思うので、そういう本人の価値観をしっかりと把握していただくことが、最終的にACPにつながる。医師会のほうで「価値観シート」をつくるという話もあったが、医療者と一緒に価値観シートを手話し合っていくというかたちにすれば、最終的には医療にもつながる。人生の最終段階にこだわらない形での活躍は十分にさせていただけるし、期待したい。

●委員

注意が必要なのは、価値観シートでは、年配の方は、実現不可能なことをたくさん話す傾向にある。どのように生きていきたいか、何がしたいかと聞いても、できるわけがないことばかり言う。理想論ではなく、もしも意識不明になったときとか、体が思うように動かなくなったときとか、どのようなときのことでも聞いておく必要がある。直接的に聞くことが問題だというなら、オブラートに包んだとしても、見えるような形で聞かないと、ただ単にぎっくばらんに価値観を聞き出しても、現場では全然役に立たない。価値観シートを提供する場合には、終末医療あるいは救急医療に応用するというのを念頭に置かないと、せっかく得た情報が情報として機能しないこともある。

(事務局より資料8「欠席委員のご意見」について説明)

●座長

ケアマネジャーのことについては、先ほど詳しく意見をいただいたが、欠席委員の意見の中にも、やはりケアマネジャーはACPの担い手として非常に大きな役割があると。本会議は、会議の中で何かを決めようということではなくて、多様な意見があるので、それを集約して行って、全体的にどういう方向に持っていくかという会である。決して押しつけ合う会ではないので、あまり重荷に考えていただかなくても結構である。

●臨時委員

ケアマネジャーに期待されているということはよくわかった。各職種の方が、ケアマネジャーにこういうことを期待していただいているということはぜひ周知させていただき、改めて勉強する機会を設けたいと思う。ケアマネジャー抜きでは進められていないというのはよく理解しているが、先ほども申し上げたとおり、医療関係者、特に訪問看護師やヘルパーも含めて、多職種で一緒になって勉強会をすると

いうことが大切だと思っている。

●委員

資料6の「ACPで各関係者に期待される役割」についてだが、先ほど「暮らしの保健室」についても話をしたが、それぞれの人が生きがいを持って生活していく、たとえば、趣味の絵を描きたいとか、歌を歌いたいとか、そのような希望をかなえるためには、専門職だけでなかなか網羅することはできない。行政や医療・介護から漏れたようなところを埋めるのは、民間の力ではないかと思う。「社会的処方」とも言われているが、そのような民間の人の力もこのような活動には必要だと思う。

●委員

医師会としても、キーパーソンはケアマネジャーであると考えている。価値観シートの内容に近い状況を把握されており、より多くの医療関係者、介護関係者の連携の中心にある。ケアマネジャーに何とか橋渡し役として、中心となっていただきたい。ケースによっては、ケアマネジャーよりこの職種が中心になったほうが良いということもあるかと思うが、基本的には、大きな流れの中では、やはりケアマネジャーの役割が非常に大きいと思う。押しつけるわけではないが、自然とそうになっていけば、もっとスムーズにこの話は進んでいくのではないかと思っている。医師会としても積極的な支援をさせていただく。

日常の介護と医療の連携については、かかりつけ医とケアマネジャーとの良好な連携ができていれば、難しい話ではないと思うので、そのあたりも協力をお願いしたい。

●委員

ケアマネジャーの現状からは非常に厳しいという話であったが、介護と看護の部門のコミュニケーションがスムーズにいく関係をつくっていかないと、現実問題は厳しいと感じている。たくさんの方の終末期の方の対応をしている中でも、介護の方やケアマネジャーとの関係なしでは動いていけない。本人が意思決定をしても、そのことを実際に実践していくためには、横のつながりが十分に良好な関係である必要があり、そうでないと現場が動いていけない。そういう意味で、関係者間のコミュニケーションがもっとスムーズになれば良いと思っている。

また、役割のところ「相談窓口の整備」というのが行政のところにあるが、最近、訪問看護ステーションでも、相談場所をつくろうという動きがある。いろいろな方がステーションを開くときに、ステーションの一室に市民の相談を受けられる場所を作ろうとしている。そのような意味で、「だれが」というところにこだわるのではなく、すべての関係者で関与していくために、何が必要かをそれぞれの立場で考える必要があるのではないかと感じた。

ケアマネジャーは、本当に書類が多く、とても多忙で、月1回のモニタリングで精いっぱいだとおっしゃる方はとても多いが、横のつながりをつくり上げていく努力を双方からやっけていかないといけないと感じている。

●委員

日本人の年配の方のうち、7割がエンディングノートを購入しているのに、実際に書き込んでいるのは1～2割である。以前、ご年配の非常に教養のある方に、ACPについて、わかりやすくまとめた情報を持っているサイトがないから教えてほしいと言われたことが非常に印象に残っている。もし神戸市が、わかりやすく、おもしろくACPについての情報をまとめるサイトをつくれば、全国的な模範になり、どんどんACPが進んでいくと思うので、ご検討いただきたい。