

朝霞地区在宅緩和ケア推進ネットワーク 第6回症例検討会 アンケート集計結果

日時:令和7年11月10日(月)症例検討会19:00～20:30

アンケート集計期間: 11月10日(月)～11月21日(金)

【事例提供者】石田 理香 氏(かくのき野火止薬局 主任薬剤師)

【テーマ】「訪問薬剤師を拒絶するも、薬が飲めていない在宅がん療養患者さん」

【検討会参加者数】79名

《内訳》

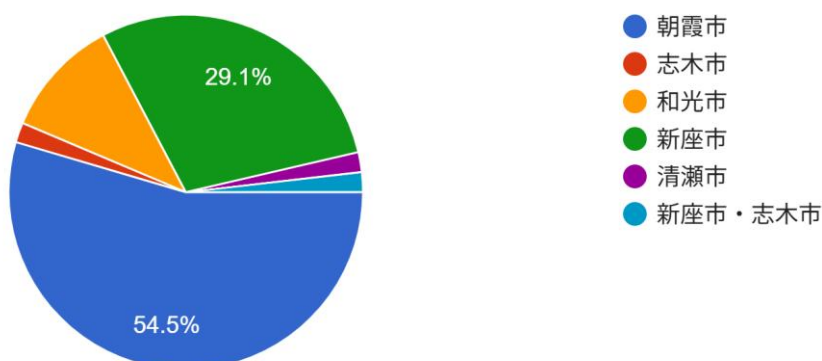
当日参加者数・・・ ■ネットワーク会員:58名/296名(19%) ■一般:21名 ■合計:79名

アーカイブ参加者数・・・ ■ネットワーク会員16名 ■一般:0名 ■合計:16名 ※R7.12.3現在

【アンケート回答者数】55名

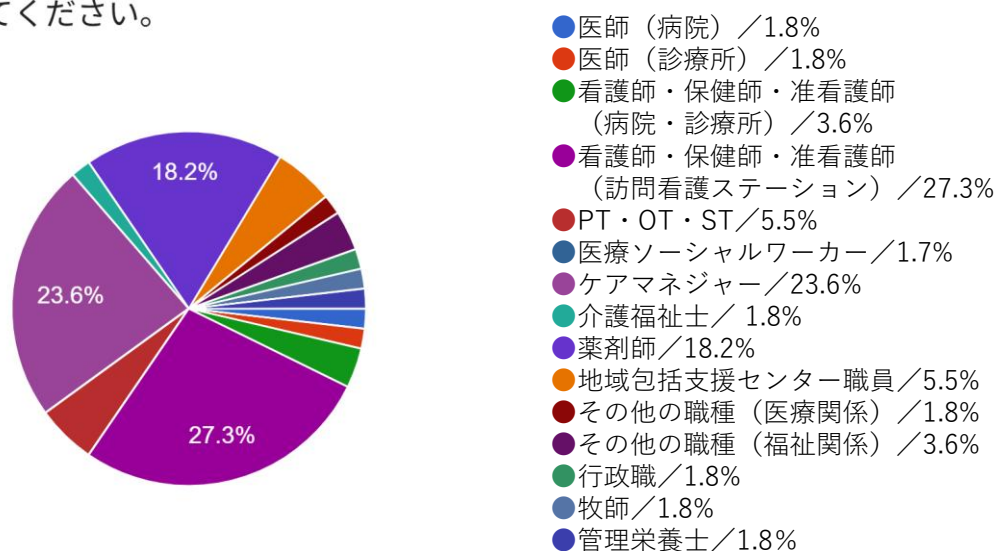
1. 所属の所在地を教えてください。

55 件の回答



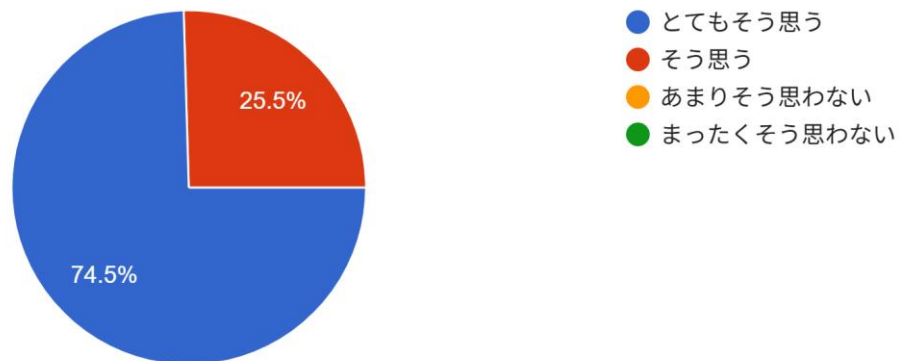
2. 職種を教えてください。

55 件の回答



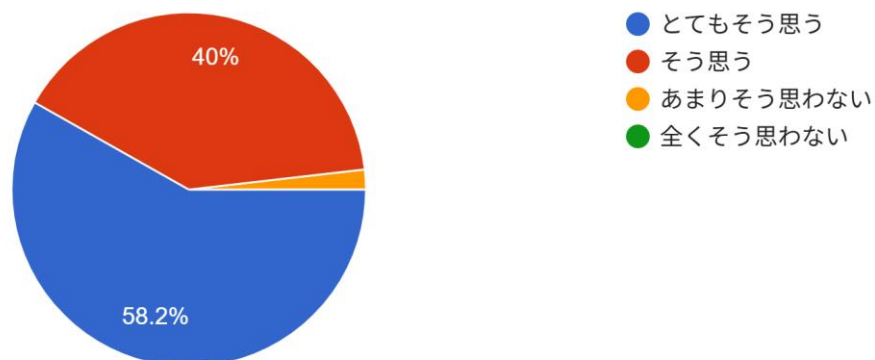
3. 本日の症例は、理解しやすかったですか。

55 件の回答



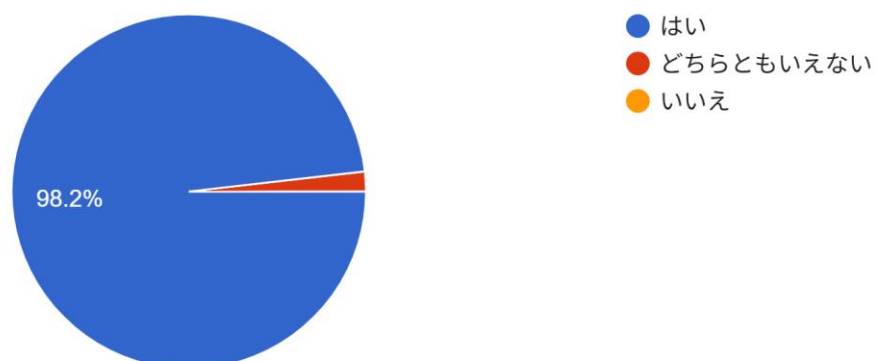
4. グループワークを通して、多職種の視点や考えに触れることができましたか。

55 件の回答



5. 今回の症例検討会を通じて、今後の実践に生かせそうな学びがありましたか。

55 件の回答



6. 本日の運営や時間配分はいかがでしたか。

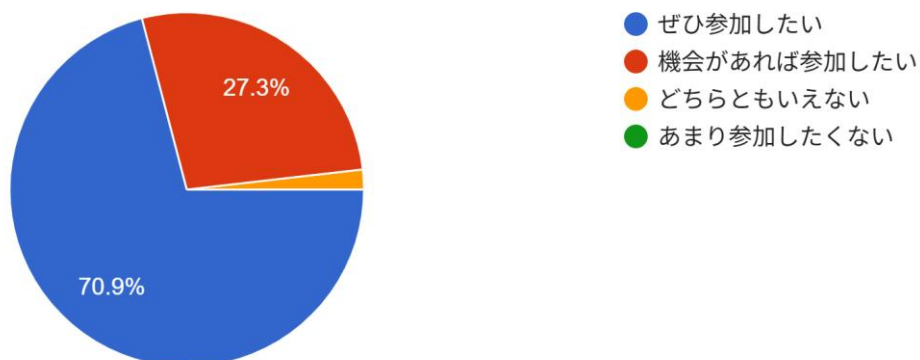
55件の回答

・ちょうど良い・適切 36件

- ・素晴らしい運営でした。
- ・開始時間が遅い
- ・グループワークが長いかと思いましたが、意外と短くいい話が聞けました。
- ・スムーズに進行して頂きました。
- ・いつもよりグループワークの時間があつた。
- ・グループワークの見通しが持てとても良かったです。
- ・時間配分はよいが、月曜日ではない日に開催をしてほしい。
- ・開始時間がもう少し早いほうがありがたいです。時間配分は、ちょうどいいです。検討会の企画、運営、ありがとうございました。
- ・途中でグループ変更になり、検討開始時間が少し遅れました。
- ・多職種の方の経験をたくさん聞く事ができて、時間配分もとても良かったです。
- ・グループワークの時間がたくさんあって、項目以外の話がありました。
- ・今回のディスカッションの内容につきましては、30分で十分でした。また、講義につきましても、時間内で分かりやすくお話しただけでした。
- ・グループワークが長い
- ・時間配分も余裕があり意見交換ができました
- ・もう少し、発表をうかがいたかった。
- ・19:00～参加できないことが多いので、アーカイブを残していただき助かりました。
- ・グループワークの時間がもう少し欲しい
- ・資料をある程度読み上げていただけると、一緒に目で追いながら確認できますが、今回は割とテンポ良く進んでおり、こちらが読みはじめた途中や、メモをしている間に次の資料に移ってしまい、資料の読み込みが中途半端になってしまいました。私が遅いのかもかもしれませんが・・・。
- ・グループワークの30分が意外とあっという間でした。

7. 今後もこのような症例検討会に参加したいと思いますか。

55 件の回答



8. 症例検討会に参加してのご感想をご記入ください。

- ・普段薬剤師として勤務しており、他職種からの意見が伺えてよかった。
 - ・他職種の方の意見が聞けて参考になった。
 - ・他職種のご意見を伺うことができ、大変勉強になりました。
 - ・多職種の方の意見、思いが聞けて大変勉強になります
 - ・勉強になりました。
 - ・訪問薬剤師さんの苦労されているポイントが知れましたので、微力ながらお手伝いできることを探してより円滑なサポートができるように努めたいと思いました
 - ・業種の違いから視点も変わるので参考になります
 - ・グループワークは初でしたが意見交換の場としてよかった。
 - ・グループワークで多職種と方と、意見交換、共有できる事は、大変勉強になりむす。
 - ・まずは利用者さんの声をしっかり聞いたうえで他職種と協力が必要だと思いました
 - ・聞きたいことが聞けて良かった
 - ・他職種の方の意見を聞くことで別の視点から患者様を捉えることが出来ると感じました。
 - ・職種や経験による、貴重なお話が聞けて、参考になった
 - ・これまで関わる機会がない方の考える機会になる。
 - ・他職種が共通の課題を共通の言語で話す大切さを実感しました。
 - ・レスキューに関して、服用することと、させることは、本人や医療関係でないと怖さや抵抗があるのでは。服用することにあたり、スタッフやご本人を安心させる様な工夫が必要と考えました。
 - ・訪問薬剤師さんの役割の重要性をさらに実感した、また協力的な調剤薬局が増えていて大変助かっている
- "・貴重な事例をご提供いただき感謝します。また、多くの方とこのような症例を検討できる機会は本地域の課題解決へ向けて大きな前進となります、本当にありがとうございました。また、テーマを絞った検討はとても有意義でした。最後に、専門職の方々の率直なご意見を聞くことができ、まだまだ課題は山積していると再確認でき多と同時に、理解が進んでいない現状にむなしさも感じ、一方で懸命に患者、利用者に向き合っている方のご意見を聞き、自分も勇気づけられ、奮い立つ気持ちが起こりました。"
- ・医療関係者の方々からの貴重なご意見を伺うことが出来ましてとても勉強になりました。
 - ・入室が遅れてしまい症例発表が後半しか聞けなかったのですが、グループワークでは他職種の方々の話は大変有益でした。ありがとうございました。
 - ・グループワークでは、緩和ケアへの対応がまだ経験としてないという人の集合体ようになってしまったのが残念でした。もう少し人数が多く職種が入り混じっていると様々な観点からお話が聞けてよかったかなと思いました。
 - ・毎回勉強させていただいています。今日は訪問薬局の方のお話が聞けて良かったです。ありがとうございました。
- "・今回も症例検討会に参加させて頂きましてありがとうございました。今回は薬剤のお話からACPへの繋がりの流れがとても分かりやすく聞かせて頂きました。多職種でのグループワークでも共通した内容から色々なお立場のお話が聞けてとても参考になりました。ありがとうございました。"
- ・日常業務の中であまりかわりのない方とのお話ができて良かったです。
 - ・薬剤師の方の話が聞けて良かった。 また、訪問する職種として共感できることが多々あった。ありがとうございました。
 - ・様々な職種の方の意見が伺えて、とても勉強になりました。
 - ・利用者様との関係性を作る時間が取れずに最後を迎えてしまうことも多く参考になりました
 - ・初めて参加させていただきました。発表の内容が薬剤師の視点から、ということで薬剤師さんが多く参加されていて、普段で会わない方と顔を合わせることができて良かったです。
- "・自分の考え（個人的なものや職種の視点）が一般的だと思い込んでしまいがちですが、他職種の方々のご意見を伺うことで、異なる視点であっても、患者さん・利用者さん・ご家族への思いが根底にあることを改めて実感し、良い意味で気づかされます。毎回、非常に刺激的で学びの多い研修会に参加させていただき、ありがとうございます。今後ともよろしくお願いいたします。
- ・石田さんの発表を聞いて在宅緩和ケアの現場に薬剤師さんが（全人的ケアという観点からも深く）患者さんに関わっていること、その努力と成果を知ることができました。石田さんの「恐怖と不安を取り除くことが難しかった。」と「感情の吐露が可能なチーム編成ができた。」との言葉が印象的だった。拒絶的でなげやりな患者さんが「Aさんの想い」を告白するまでに至ったこと、医療用麻薬を服薬するようになり、最終的に娘さんも関わったことに、チームワークによる成果を見て取れました。医療用麻薬に関する誤情報や偏見と正しい知識について知ることができたので、がんカフェでの参加者さんへの対応のために大変参考になりました。始めて聞く、ポリファーマシー、アドヒアランスについて解説して下さり参考になりました。グループタイムでは、がんカフェとして発言できるような症例がほとんどありませんでしたが、各専門職の方々の意見や現場の体験が大変参考になりました。今後のカフェ参加者への対応に有益だと思いました。"
 - ・麻薬に関しての悩みについて、他職種ではどういった考えをもっているのか、聞けて良かった。今後の業務でも、事前に対策をとることができる。"
 - ・いつも思いますが、症例を提出して下さった方が、それぞれの専門分野での関わり方や専門的解説（今回は麻薬の効果や専門用語の解説）を入れてくださるので、ただの事例検討とは違い、知識向上にもつながり、本当に勉強になります。今後ぜひこのようなスタイルで、開催していただきたいです。
 - ・先生や多職種の方のお話をたくさん聞く事ができて、得る事が多かったです。今後の訪問で活かせたらと思いました。

- ・ケアマネとしてガン末期の方のサービス調整はスピードが大切だと思っています。悩んだり、迷っている時間がないので日頃から他職種の方の意見を聞ける有難い機会です。
- ・課題を通して、生で医療、介護に携わる方々の、現場でのお話が聞ける、貴重な時間になりました。
- ・ACPという存在を知りました。身内の方に会わないという選択肢も存在するのを知れてよかったです。
- ・うまくいった症例を聞きたい。
- ・他職種との意見交換で得るものが多くありました
- ・多職種の方々のお話を伺えて大変勉強になりました
- ・多職種の考えやそれぞれの専門職からのアプローチの仕方等をうかがうことが出来て大変勉強になった。
- ・薬剤師さんは担当者会議などでもあまり顔を合わせる機会が少なかったので、今回お話が聴けて勉強になりました。
- ・薬剤師さんからの意見も聞けてチームでの連携の大切さを感じた
- ・グループディスカッションで様々な意見があり、勉強になりました。
- ・また参加します。
- ・薬剤師目線での話が聞けて、良い機会になりました
- ・参加されている方々はとても積極的だと感じました
- ・私は、デイサービスに勤務をしているので中々がん末期の患者様と接することは少ないのですが、今回の症例検討会を通してがん末期の方への対応の仕方、声掛け等の勉強になりました。また、ACPIについてもまだまだ自分自身の勉強不足があるので改めて勉強していこうと思うきっかけになりました。
- ・多職種それぞれの立場で、日頃の関わり方や、実際こういう時は実はこんなふうに使っていたなどの本音の部分を知る事ができ、そういう考えもあるのだと思いました。それぞれの立場でいろいろな事情がある中で、一人の利用者の生活を支えていく。ここにはやはり密な連携というものが必要であることを再確認しました。
- ・ACPの再確認できました
- ・事例をもとにした話し合いを通じて、他職種の役割や普段の業務内容も知ることができ勉強になります。
- ・まだ癌患者の在宅は経験ありませんが今後の参考にしたいと思います。
- ・夜でしたので、家族の都合で参加できませんでしたが、アーカイブがありよかったです。医師からのお話で、2人主治医についての意見があったり、薬剤師さんの発表内容の中で、医療的な麻薬について誤解があることや、理解について簡単ではないことなど、本当に勉強になることがたくさんありました。
- ・訪問薬剤の役割がよくわかりました。
- ・グループワークなどの参加型の研修は、自身の学びとして残りやすいので、このような研修を継続して欲しい
- ・痛みがあっても認めたくない、麻薬を使いたくないというケースは時々経験する。在宅でなく入院時に使用開始となったが、受け入れられるタイミングだったのだろう。意向を大切に支援するためには、多職種それぞれの役割を果たしながら情報共有が大切と感じた。

9. 今後、症例検討会で今後取り上げて欲しいテーマを教えてください。

- ・AYA世代の対応
- ・小児がん
- ・問題のある患者家族との関わりについて。
- ・家族とのかかわり
- ・独居で看取りまでできたケース
- ・在宅緩和ケアと入退院時連携 良い事例と課題
- ・症例は少ないと思うが、若い世代（AYA世代）のがん患者の終末期、自宅看取り症例
- ・引き続き、本日のように事例を通して、地域の課題を検討する場にしていきたい。
- ・癌末期のリハビリ介入についての事例を学びたいです。
- ・医師と看護師等、医療系スタッフの連携のリアル例えば...看護師から医師へ伝えたり相談しにくいこととか...
- ・よくありがちな事例での内容（職種が違えば感じるものが違うかもしれないから、いろいろ聞きたい）今日の痛み止めの麻薬についての正しい情報のことも含めて知りたいです。よろしくお願いします
- ・困った場面、どのようにすればよかったかの等
- ・介護者からご本人さまが暴力・暴言を受けていると感じた場合、それぞれの程度でどのような介入が必要なのでしょうか？
- ・リハビリ職の関わりについて
- ・引き続き、緩和や看取りで難渋したケース等。独居や生活保護を受けて身寄りの方がいない、連絡が取れないなどのケースを経験された方がいらっしゃったら、お聞きしたいです。
- ・全く身寄りがない方への対応事例。ご遺族のケア。
- ・在宅を必要だと思う方に対しての勧め方。他職種間の連携方法など
- ・がん末期の患者さんで、本人または家族、またはどちらもが、「まだ死にたくない」と一縷の望みを持っているようなケースの支援ってどうしてますか。
- ・末期がん以外もお願いします。
- ・チーム連携について具体的な事例を取り上げていただきたいです
- ・家族にも支援が必要な方の在宅での療養等

- ・終末期のリハビリ
- ・認知機能低下を自覚していない患者と全く感じていない家族に対しての関わりについて
- ・様々な職種のプレゼンターのお話を伺いたいです。
- ・緩和ケア経験のない新入職者への教育について
- ・連携について
- ・外国人利用者への関わり
- ・一人暮らし高齢者の在宅療養をどこまで支えられるか。
- ・在宅患者の家族との関わり方
- ・訪問サービスを拒絶、がんの受け入れが十分にできていない方について、ご自身の職種ではどのように対応していますか
- ・誤嚥性肺炎予防 など
- ・身寄りのない方の症例
- ・医療介護資源として、それぞれの強みを共有するような研修
- ・家族の不安が強い
- ・ACPについて 3件
- ・認知症について 5件
- ・特になし、思いつかない 6件

《グループワーク記録より》

訪問サービスを拒絶、がんの受け入れが十分にできていない方について、ご自身の職種ではどのように対応していますか

■グループ①

Dr：地域包括からもよく聞く：白衣を着て医者っぽく勤めると受入れが良いこともあるそう；職種を替えてアプローチも。

CM氏：もっと早くPTが入れば、という反省があった。

Ns氏：なぜ拒絶するのか？を掘り下げて真意を聞き取ることが一法。

コミュニケーションの中でその人を知る努力／がんの進行を受け入れられない場合は、ご本人が現状を受け入れざるを得ないところまで無理しないことも。

入ってしまえば割と受け入れてもらえる経験も。

MSW氏：経済面での限界に介入するケースが多く、なかなか難しいことがある。

■グループ②

Dr：話を傾聴して気持ちを汲み取る。いろんな職種の方がいる。孤独な人は心を開いてくれるところから始める必要がある。外来をやっていると最初から拒絶されるともう来ない

福祉用具：福祉用具を拒絶する人がいる。自分の病気の進行をわかろうとしない人がいる。そういう場合は無理せず日を改めたりしている

Ns：最初拒絶する方はいるが、いろんな現状を話したり、周りの家族とかも一緒に差さ、関わっていくと段々と前向きに受け入れてくれる感じがある

CM：担当者会議を何回もやることで、とっかかりが出来介入している

■グループ③

・たくさんいて、医師から改めて詳しく説明してもらおう。麻薬の使用はハードルになっている。訪問薬剤師が、直接説明で助かっている。

・薬剤師からの説明で、信頼関係ができて、うまく言った経験あり。もっと早く、麻薬などが始まる前に薬剤師を入れていればよかった。

・なぜ飲みたくないのかななどの対応も難しい（薬の種類が多かったり、）。病状によっても変わっていく。いつまで飲ませる必要があるのかなど、いつも迷っている。

・ケアマネで初めから入ることも多い。新たにはいてくる人にも生活などの状況を説明確認しながら、病気などの確認もしている。

・薬剤師が入ることに対する抵抗がある。値段が上がってしまうこともハードルが上がる理由。

・医師には説明出来ないことを、薬局で愚痴として聞くこともある。

■グループ④

- ・CM：拒否をするような利用者さんに対しては我慢して、まず仲良くなる。信頼関係を作っていくことを大事にしている。今すぐにサービスを始めたいような状況でもがまんしてゆっくり始める。
- ・薬剤師：薬剤師が最初に入る事はあまりないので、ケアマネや訪看に同席してもらい、怪しい人ではないよと思ってもらう。
- ・行政：理学療法なんかでは、小児等で親御さんが拒否する場合ある。拒絶する原因を探る。話をしてもらう。難しい時は自分の話をしたりして関係を作っている。
- ・CM：高齢者相談センターからの紹介の場合がある。まずセンターの職員と一緒にいく。本人は受入大丈夫でもご主人が動揺するケースがある。まずは傾聴している。

■グループ⑤

- ・病気の受入ができていない方はいるが、途中から家族の支援が入り、お薬をとりに行くので家へはいいですと断わられてしまう。見に行った方がご本人の状態がわかるのですが...残薬の確認などできない
- ・最初から受け入れている方が多い。
- ・ある程度理解されている方が多い。
- ・持病をもちながら、がんを発症したという方もいる。受容できない、家族という方はいた。

■グループ⑥

- ・訪問やがんの方との対応する経験が少ない
- ・病気の受け入れについて、薬局の窓口で「薬が嫌、治療が嫌...」と話される方もいる
- ・関係性を作ることが大変、時間をかけることで関係性を作っていくが、癌末期などは時間がない
- ・はじめて担当になるとなかなか関係性を作ることは難しい、かわりのある人を介することも良いのではないか
⇒それぞれが得た患者さんの情報を共有し、患者さんへの対応が出来たらよいのではないか。（MCSも活用など）
癌末期などは早めの情報共有が必要。（状況が変化してしまい、情報が追いつかなかったり、医療者の情報に介護側が追いつかなかったりすることもある）

■グループ⑦

- ・訪問薬剤師...医師がいるとすんなり受け入れてくれるが、処方箋だけ持っていくと拒絶的が多い。でも焦らないで関わっていくようにしている。内服が出来ているかを確認しながらやっていく。
- ・居宅介護支援専門員...ベッドが必要なのに入れてくれないとき、メリットを話して家族の介護も楽になると話しながら導入につなげる。先生や看護師さんに行ってもらう→多職種で連携してもらう必要がある。心が動けば速攻入れる。
- ・医師...本人が必要を感じていないときは、まずはS MWに相談してもらう。往診一度入ってしまいそこで話しながら薬を処方してみる、「主治医居ながら訪問して処方できますよ」みたいな関わり。ボイスチェンジ色々な職種から声かけてもらう
※症例の思うところ、感じた所癌患者さんと初めて会った時、色々なケースで出会いますが、警戒される。大失敗したことがあり、一番最初の対応が難しい。
在宅医が介入が遅かったのではないかな？訪問看護や訪問薬剤師から在宅医を相談して頂いたら良かったのではないかな？主治医と訪問診療医がいていいだろう。
外来通いながら、訪問薬剤指導のみはある？→透析の方でいらっしゃる。しかし、殆どは在宅医が介入している。
- ・癌末期の利用者さん最後まで在宅で過ごされた方がいた、当初は介護サービスを受け入れるほどではなかったが比較的受け入れが良く、独居でありながら最後まで一人で過ごす方の心を理解できたのか？
本人の為になる、本人の思いの通りの人生になったのか？今では最後までやり遂げられたのではないかなと思う。
- ・癌末、退院する時訪問看護は導入は受け入れていたが、訪問診療は治療を諦めるという意味になるからまだいいと退院時は通院をするとなった。訪問薬剤は調剤で時間がかかるや、麻薬管理があるので導入。
時間が経ってから訪問診療は導入した。

■グループ⑧

- 薬剤師：今回の事例で知ることができた。いままで経験なし。1 - 2か月かけて信頼関係を築くことが大切。
- 包括：介護申請のタイミングでの関り。がんを受け入れている方が多い。
- 訪看：がんというところにスポットを当てずに、辛い症状に介入して、気持ちよく過ごしたり、やりたいことをかなえたりしていくことを大切にしている。

■グループ⑨

- ・まずは日常的な話を聞いていく。その後に傾聴。
- ・病気の話を最初に聞く前にコミュニケーションを図る。
- ・既に信頼関係のある方などと一緒に訪問する。
- ・玄関などでしっかりと素性を説明する。

■グループ⑩

- ・訪問看護を契約して訪問するが「今は動けてる」「必要ない」との発言あり、同意が得られづらい
→今後困りごとが出現した際フォローができるように週1回訪問させてほしい旨をお伝えする（グイグイいかないで）
→訪問診療と訪問看護の区別がついていない
- ・ご自身の病識の程度によって訪問栄養指導として介入してもうまくいかない場合がある（タイミングが大切）
- ・多くの方は「薬剤師さんが来て何するの？」って思われてしまいがち。（薬物使用がうまくいっているパターンは少ない）
→ポリファーマシーが多く認められる。薬剤師さんの役割は“なんでこの薬を服用してるのか”

■グループ⑪

- ・福祉用具：ベッドなどの療養環境も本人の受け入れが当初難しい場面もある。本人等の意向に沿いながら、用具の役割などの理解を促す。
- ・ケアマネ：告知～在宅開始までの受け止めかたは、患者一人一人まちまち。1年くらい何も利用せず、訪問相談のみ続けて関係づくりをする人もいる。すると、介護などの援助の必要が出てくる「その時」が来ることも。根気強く待つ。かかわりのタイミング...患者の状態やADL、見通しなどにより、医療サービス先行する/介護先行 いろいろ。
- ・病院併設の居宅介護支援のため、「とりあえず訪問して相談に乗ってあげてほしい」と医師からの依頼も多い。
- ・がんカフェ：療養のチームにかかわることは少ないが、本人/家族が気持ちの吐露ができ傾聴することで心理的受け入れの素地を整えるかかわり。 看護職や福祉相談職もスタッフの一部におり、きっかけの情報提供はできる。
- ・病院薬剤師：退院支援の局面で一部かかわることがある。本人/家族の意向のすりあわせなども支援することがある。退院準備段階で得られた家庭の情報などを在宅につないでいく役割も担う。（訪問看護への連携場面が一番多い）

■グループ⑫

- ・その人の気持ちを知りたい
- ・がん患者の方がデイに来ることは少ないが色々な職種の方と情報を共有、心を開けるような場所の提供、連携の仕方
- ・男性の方で自分の考えていたこととギャップが大きいと病状の理解が追いついていかない、それぞれの職種で情報共有、受け入れ理解できるようにする、キャラクターや性格もあるのでは
- ・いかに思いを聞き出すか、本音を話さない人も多いのでヘルパーさんなどの話を聞いて情報共有、本音をどう聞き出すか
- ・病状の受け入れの途中段階、怒り悲しみをぶつけることがない、サービス業者にきつくあたっていた、寂しさを理解

■グループ⑬

- 医師：病院退院時、うちに来てなにしてくれるのか、わからない人がいるので、なにをするのか説明をそれぞれ説明している双方のずれの調整。
がんの受け入れ：そこから療養の場所を決めていく。思いを聞き取って、受け入れをしていただく
- 包括：がんに限らずサービス拒否の方は多い。時間かけて、信頼関係を築いていく。がんだと時間をかけるのは難しい。
サービスを少しずつ使っているうちに受け入れていく
- CM：あまり経験はないけど、がんの方は終末期までADL維持されていつ方が多い。多職種でかわっていく
- Ns：追い出されるまで、低姿勢で声掛けしている。徐々に受け入れてもらっている。
がんを周知している患者さんも多い。
先生に説明を頼む。家族を巻き込む。

■グループ⑭

- ・訪問サービスでヘルパーさんだけしか入れない方がいる。
- ・一度に多い人が入ると嫌がることもあり、順々に入るようにする。
- ・医師のほうを受け入れがスムーズなことが多い。
- ・傾聴に徹することで対応している。
- ・現在の状況や、近い将来に起こることの説明などが十分に行われていないと、サービス導入などがスムーズに進めない。

医療用の麻薬の使用で困った経験はありますか？

■グループ①

Dr：医者が言うなら...が先でも良い効果が得られるならそれも可；医者という職種をうまく利用して欲しい。
施設によって医療者の介入が限られる環境もあり、他にも認知機能など屯用がまず使われない場合も；その時はベースラインの増量か。

Ns：PCAポンプを使用していたが、家人が麻薬への不安をぬぐい切れず、結局最後まで十分利用してもらえなかった。結果として家人の評価も良くなかった。

行ったときに痛いチャンス；訪問看護を連日にするなどでも増量しやすい。

単に麻薬でなく「医療用」を強調／「強い薬」という表現はあまり成功しない印象がある。

■グループ②

CM：麻薬使ってよかった場合が多いが、うまくいなくて病院へ行ってしまう事もある

Ns：Drには言わないがNsに言う事は多い

Dr：Drの前ではあまり本当の事を言わない。

■グループ③

・麻薬のデマ情報の誤解の払拭に時間がかかる。その麻薬を用意するのに時間がかかることもあるのも問題。

・痛みに関して、時間空けなさいとなるが・・・、間隔を待てない場合。麻薬とほかの痛み止めを併用・交互服用などして、対処してもらうのもよい。

・直ぐDrに相談できているので助かっている。

・レスキュードーズをギリギリまで行わない方、様々な職種からの勧め、効果を説笑みしてもらって、理解してもらう。

■グループ④

薬剤師：麻薬を拒否するという患者さんはあまりいない。うちの薬局では麻薬の取りそろえ数が多くなく、処方が出たら薬を用意する。そのような場合、患者さんにお待たせしてしまうことがあり迷惑をかけている。ポンプ（輸液調整）ができないので、内服や貼付剤の間は投薬できるが、どうしてお最後までは見れないケースがある。

CM：オキノーム散とオキシコドンの区別がついていない場合があった。薬剤師さんが説明したり、Drが説明したら使えるようになっていた。

CM：私も麻薬を拒否するケースは経験したことがないが、オキノーム散とオキシコンチンの使い方が分からない患者さんがいて、ケアマネも分からずに困ったことがあった。

行政：新座市ではエンディングノートを作成している。その中に麻薬の事、貼付剤の事を載せるようにしている。

■グループ⑤

・我慢している方が多い印象、ご家族も怖いと感じている方がいる。

・大丈夫と声がけをしている。

・最初躊躇。これが効果があるとわかると使ってもらえる。

・最初の説明が大切。麻薬に対する説明が大切と思う。効果が解れば使ってもらえる。

・家族や薬局関わる全ての職種で同じように伝えていく。

・医師がしっかりと説明してくれていると導入は楽。レスキューの判断に迷うとき、薬剤師・訪看がNRSで聞いてくれている

■グループ⑥

・症状によって薬が変わってくるので、処方箋が出されたときに麻薬の在庫がなくてすぐに対応できないことがある。

麻薬は（グループ内でしか）融通が利かない。残りの返品が利かない。

・若い利用者さんがレスキューを使用しているとき「暗闇に落とされた感じ」など訴え抵抗感を聞くと使用を勧めづらい進めづらい

■グループ⑦

・訪問薬剤師...オキノーム散使ってくれる方が少ない、結構我慢している方が多い。飲まない方多いのではないかな

・医師...屯用の使用がなかなか、すごく少ない（ナルサス2mg）量から開始し、効果を知ってもらってから頓用を開始する。

飲んでもらえていないのは医師の説明不足かも、そういう事で困ったら医師に相談してください

■グループ⑧

- ・薬剤師：麻薬提供がない。患者さんが亡くなった時の処理。期限切れの麻薬、在庫の問題。
麻薬の廃棄は都道府県の立ち合いのもと処分。他人に譲渡してはいけない、麻薬を回収。
まれに咳止め用の麻薬。患者さんは麻薬と聞くと抵抗感が強い。
- ・包括：支援の利用者にて、麻薬に関わったことがない。
- ・訪看：最初は抵抗があるが、症状緩和という目的を伝える。看護師がいるときに使ってみる。家族も症状が緩和することを理解していただき、使用につなげる。

■グループ⑨

- ・眠くなったり、自分の仕事ができないなどの副作用を嫌って痛みがあっても使用しない。
- ・使ったことのない薬を怖がって使用しようとしない。
- ・効果が無くなってきている時に先生に調整の相談をすること（連絡方法）
- ・ご家族から薬の事を尋ねられて困ったことがある。

■グループ⑩

- ・服薬に関する認識が低め。入院中は管理されているため時間通り服用でいっているが、在宅では曖昧になりやすく、薬に対する誤解が発生する
→時間をかけて説明していく必要がある
- ・痛みは疼痛だけでなく不快感などで表出することもあるのでそこを見極める必要がある。ご家族にも付き添っていただいて一緒に説明を聞いていただく
→医療用麻薬を使用すると「これで終わってしまう・・・」ってご家族は認識していることが多い
- ・食事が摂れていないからそもそも服用するタイミングがないパターンが多い。ご高齢の方は便秘の薬がうまく作用していないのではないかな？
→主治医に便秘の詳細をお伝えして適切な処方を促していきたい

＝服薬の認識（やり方？考え方？）が医療機関と在宅では別物になっているので、医介連携を図ってシームレスな支援を目指したい！！

■グループ⑪

- ・ケアマネ：麻薬という言葉に恐れを抱く利用者は実際に多い。ご本人の思いや理解度の代弁者として医療職に伝える役割をよく担う。
- ・薬剤師：薬そのものの効果を正しく伝える役目。外来で十分な説明/理解がないままスタートする事例もあり、その後の治療や信頼関係がうまくいなくなる要因ともなるので、初期が肝心と痛感することがある。言葉のチョイスも大事。医師から厳しい（と感じる）言い方で説明を受けると深刻にとらえすぎてしまう傾向も
- ・がんカフェ：患者の本音として、処方が多いと、薬局での説明も早口で、うまく理解できないが、遠慮して聞き返せないとの声もある。今回の事例のように薬剤師が在宅訪問し、患者/家族に丁寧に説明できる制度があることは心強い。

■グループ⑫

- ・麻薬にかかわったことがケアマネはないので理解ができていない、知識を得ることが大事
- ・ヘルパーさんが介助したりはあるが、ケアマネになるとかわることが少ない
- ・デイでは麻薬の管理はデイの看護師が管理する
- ・注射剤の管理で困ることがある、連絡帳やノートで共有するが疎通が難しい、レスキューがたくさん押してあったりと情報共有、管理が大変
- ・麻薬のテープ剤をはがしてしまう、背中に張るなどの対応がある
- ・在宅にいて訪問看護をお願いしてしまうが、注射剤の管理が大変、無くなる前に処方、薬局への依頼、
- ・麻薬捜査官の人がいて麻薬を絶対使わなかった

■グループ⑬

- NS：麻薬に抵抗あり、説明している。使っても効果がないと、違う薬に変えたり、試してもらったりしている
薬剤師さんからも説明され、補足をしている。効果を10段階で聞いている。医師にも報告
- 医師：麻薬に対する恐怖心、変化に対する不安、薬に対するリズムが人によって違う
傾聴し、本人の不安に合わせて説明、自分のためになると経験的に使ってもらう。
- 包括：訪看や先生に伝えます
- CM：しっかり薬を管理されている方が、貼る薬を間違えていた。どう使っているかの把握が必要と思った

■グループ⑭

- ・麻薬という言葉で抵抗がある。
- ・家族が麻薬ということに拒否反応がある。
- ・本人の聞く耳が無いと難しい。
- ・薬を使ってもおかしいことにはならないことを説明する。
- ・使うことが負けであるという幻想をなくすようにする。
- ・痛みをしっかりとった方が長く生きられることを説明する。

日常業務の中でACPの場面に遭遇することはありますか？

■グループ①

Dr：「死ぬ準備」というメッセージでなく、「良く生きる準備」という意味合いをこちらが持って進めるのが良い。

Ns：状況は絶えず変化するので、常に意思決定支援を意識しながらケアに当たることが重要と感じる。

CM：中心的に進める立場ではないが、周囲で援助になるように関わりたい。

■グループ②

CM：訪問診療・訪問看護でノートとか渡している。共有すること多い。あまり手助けできているとは言い難い。

Ns：エンディングノートとかタイミングみて渡している。ACPすることでより自分の気持ちなど、どうしたいかがみえてくると関わり方が変わってくるので大事。タイミングを逃すことも多いが前向きに治療をとらえたときに渡すことが多い。

福祉用具：新座市でACPチームに入っている。タイミングは難しい。

Dr：基本的には病気によらず話していく事が多い。考えてもらう事が大事。みなで共通認識を持っている事が大事。

CM：医療チームを通していかないと何もできない

■グループ③

・昔より増えてきた。2.3回目の診察で聞かれて怖がることも。お家にいたい。などの説明。それにより治療方針も変わっていく。

・介護度の低い方でも、その方の状況によって、市からのエンディングノートのようなものをかいてもらったり、興味を持ってもらったり、紹介している。

・家族がいる患者に、家族の意見も大切なので、本人との気持ちがわかれた時が大変。介護側が大変で倒れていたり。ここをまとめるのが大変です。

・患者がいないところで、家族はどうしたいかなど聞いている。

・病院で話した内容を薬局で聞くことも多い。このような決断したんだけど、薬剤師さんはどう思うなどの相談に乗ることも。

・悲観的で、ACPが難しいことも。

■グループ④

・CM：ACPの持っていくかたが難しい。縁起でもない。

・CM：利用者さんとの話の中でちょっと話をすることはあるが、ACPとしてセッティングされた事はない。

・行政：ケアプランとACPは密接にかかわっている。これから患者さんがどうしたいのか等、ケアプランに落とし込んで欲しい。

なるべく早い段階から、元気なうちからACPは行って欲しい。

・薬剤師：外来ではACPに出会う機会はほぼない。在宅でもそれほどないです。

・行政：その人との関係性が長くなればなるほど、かえってACPを聞くのが難しいこともある。最初に聞いてしまう方がよいかも。新座市で行っているACP講座を受けて欲しい。

■グループ⑤

・元気な方でも、体調不良が起きたときなど、変化が起きたときに話せるタイミングがある。

・新座市での市民講座で、元気な時から、若い時から、考えていくことがその後の人生を考えていくことが良いのでは。

・普段からの、話しやすい環境や関係が大切、人に話すことで選択肢が増えると良いのかと思う。

・志木市でのエンディングノートを全ての方に渡している。次来るときに書いておいてくださいねという取り組みをしている。

・ご本人の納得した形で最期を迎えられた。

■グループ⑥

・癌末期の方に係わることはあまりない

・治療方針の決定については選択肢を提示説明をする（治療方針の決定には時間をかける。）

・退院前カンファレンスなどで病院の医療者から話をすることがあるが、患者や家族が医療者の前で思いを伝えられないことがある。

在宅側の担当者には言いやすいこともあるので連携を取りながら意向を確認していく

■グループ⑦

- ・訪問薬剤師...亡くなった時転倒だったという事例、悲しい状況だったなと感じた。
- ・居宅介護支援専門...家族がすぐ会える距離ではなく、本人は息子さんに会いたかったが叶えられなかった。しかし、本人は独居でも最後まで自宅という希望だった。孤独死というほどではなかったが、私自身は本当にこれで良かったのか？と考えることが多々あったが、それでも本人は最期まで自宅で過ごす事を貫いた

■グループ⑧

- 薬剤師：人生の終末期が迫っている方に遭遇することがない。そのような方に対応する場合、その方に寄り添って対応したい。患者さんの意思で決める。どうしたいかを引き出していきたい。理想論を押し付けたりしないようにしたい。
- 包括：ACPを拡げていく活動。元気な人に市のエンディングノートを配る。以前よりも市民の方も集まるようになった。
- 訪問看護：緩和ケア病棟につないでおくことも多い。ご本人は家で過ごしたいと家族に迷惑をかけてしまうという思いがある。家族支援をして、家族の不安を解消しながら、ご本人の思いをその都度確認しながら介入している。

■グループ⑨

- ・新規介入時に主治医などと同時に介入して方向性を確認する。
- ・先生によって違いがあるが、方向性などは確認する。
- ・気持ちが変わった際には共有する。
- ・看取りの為に退院するが、家族が不安に感じていないかなどを確認したりする。
- ・ケアが終わった際に家族に話を聞いたりする。

■グループ⑩

- ・ACPはいろいろな場面で必要ではあるが、終末期（ご本人様の機能低下・ご家族介護疲労++）のタイミングで直面することが多いため、ご本人抜きでご家族と決定してしまう場合がある
- ご本人様の意思を聞ける段階で対応していきたい
- ・ACPを死に際のものとして認識してほしくないの、いろいろなタイミングで話し合うタイミングを作っていきたい
- ・病院で勤務をしていると切羽詰まった場面でACPを確認することが多いので、外来などもっと早い段階で進めていけるとよい
- ・意思が変わるタイミングでその都度その都度ACP的な話をしていきたい

■グループ⑪

- ・ケアマネ：病状への受容が本人にあるかどうかによって、ACPができるタイミングが難しいと感じる一方で、ご自身から思いを素直に話してくれるかたもいる。
- ・病院薬剤師：自治体でエンディングノートの紹介など、ACPの啓発が進んできている背景もあり、院内ではなるべく早期の段階で取り組むようにしている。ソーシャルワーカーと連携し、働きかけのきっかけづくりをすることは多い。

■グループ⑫

- ケアマネからACPの話は出しづらい、縁起でもないと言われかねない
- 好きに生きて好きに生きられるように楽しく最後まで生きられるように
- 日々の業務の中でかかわることが多い、訪問診療でご本人、家族にACPIについて丁寧に説明をしていたことがあり感銘を受けた、
- 米田先生がしっかりACP伝えてくれた、
- 未告知の方もいてケアマネから伝えることはあまりないがドクターから伝えてもらうほうが、ガン末期の方と関係性ができていれば伝えやすいと思うが
- 老衰の過程でACPを確認したことはある

■グループ⑬

- 医師：意図的にACPやっている。理解されている方が多い。残された時間をどのように生きていきたいか、本人の言葉を使いながら、話し合っている
- NS：一個人では介入せず、医師より聞き取り、足りていないところを補足している。
- 介入する方にACPを聞き取るのは難しい。
- CM：看護師、家族交えて、ACPを話す機会ある。埼玉県の医師会の冊子を渡したり、新座のエンディングノートを渡す
- エンディングノートは死ぬためのものでないと理解されてきた
- 包括：早い段階で普及が必要、ケアマネや包括に冊子を渡し、考えてもらっている。
- いろいろ集めて終わっていることもあり、本当にやってほしい人にやってもらえていない
- 普段の会話から引き出していくのが大事

■グループ⑭

- ケアマネの立場から言い出しづらい、、。高齢の方とのかかわりで過去の話をしてくれた時に、本人の思いを上手く引き出せると上手くいった。ACPは医療に限ったものではないので、日常的な会話から本人の思いを引き出せるといい。傾聴の中から引き出せるとよい