

朝霞地区在宅緩和ケア推進ネットワーク 第7回症例検討会 アンケート集計結果

日時:令和8年2月9日(月)19:00~20:30
アンケート集計期間: 2月9日(月)~2月20日(金)

【事例提供者】

鈴木 千恵子 氏

(医療法人循和会さくら訪問看護ステーション管理者/朝霞地区訪問看護ステーション連携の会 代表)

【テーマ】

聴くこと・寄り添うこと・思いを受け取ること ~喪失体験の中でのACP~

【検討会参加者数】82名

《内訳》

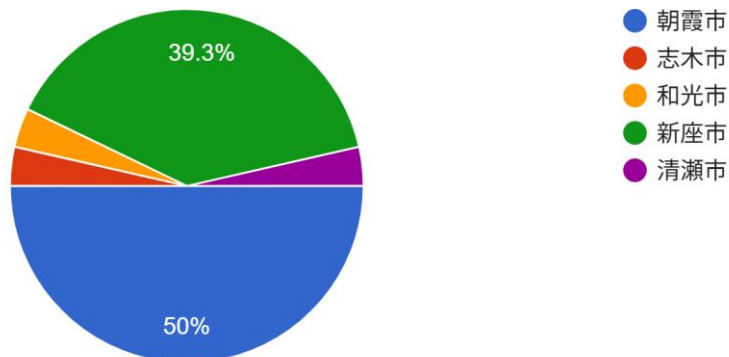
当日参加者数・・・ ■ネットワーク会員:46名/名(15%) ■一般:21名 ■合計:67名

アーカイブ参加者数・・・ ■ネットワーク会員14名 ■一般:1名 ■合計:15名 ※R8.2.25現在

【アンケート回答者数】28名

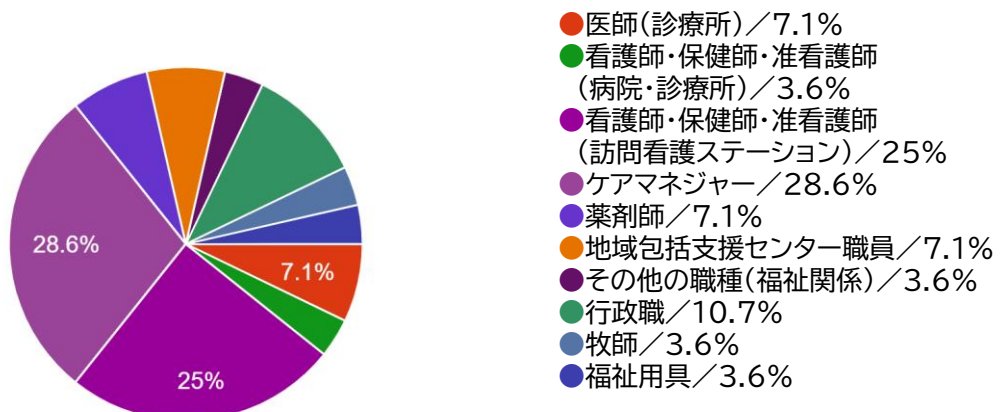
1. 所属の所在地を教えてください。

28件の回答



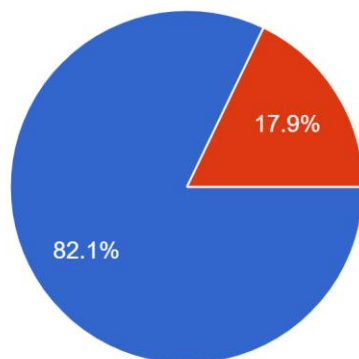
2. 職種を教えてください。

28件の回答



3. 本日の症例は、理解しやすかったですか。

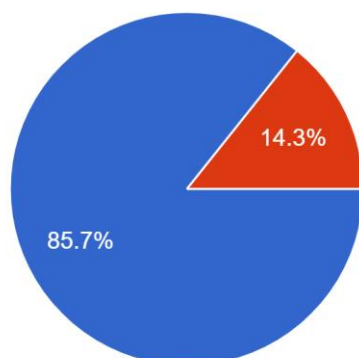
28 件の回答



- とても思う
- そう思う
- あまりそう思わない
- まったくそう思わない

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。

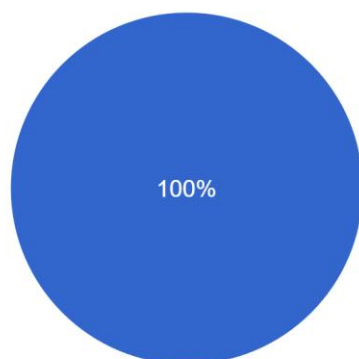
28 件の回答



- とても思う
- そう思う
- あまりそう思わない
- 全くそう思わない

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。

28 件の回答



- はい
- どちらともいえない
- いいえ

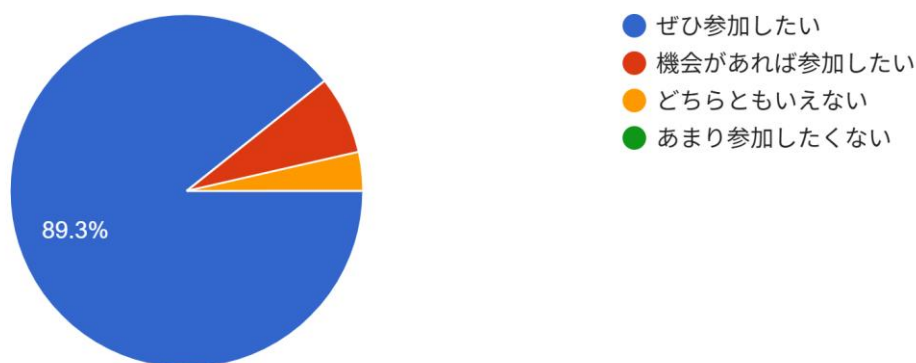
6. 本日の運営や時間配分はいかがでしたか。

28件の回答

- ・ちょうど良い・適切 17件
- ・グループワークの時間がしっかり確保できてよかった。
- ・十分話を聞くことができ適切だったと思います。
- ・出来れば全体で1時間程度で終わる方が参加しやすいです。ディスカッションはもう少し短くても良さそうです。
- ・夜間の開催で、参加することができました
- ・GWあとの考察時間がもう少し先生のお話を伺いたかったです
- ・良かったと思いますが、一般論のレクチャーがもう少しあっても良かった
- ・グループ内の人数が3名でしたので、ディスカッションの時間も十分でした。
(人数によっては時間が足りないグループもあったかもしれません。)
- ・グループワークの時間がしっかり確保され、充実した検討ができた。
- ・少し時間が余ってしまう事もありました。
- ・グループワークの時間がやっぱり足りないと感じました
- ・不明

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。

28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。

- ・参加型の検討会で有意義です
- ・他職種を交えてのACPの重要性を実感しました
- ・深い症例で、自分のこれまでの考え方は間違いではないと改めて共感しました。正しい答えは一つではないと感じました
- ・ACPを難しく考えなくてよいですとのアドバイスを頂き、少し楽な気持ちになりました。傾聴の姿勢で仕事に向かいます。
- ・このように、実際の貴重な事例を多職種で検討しわちあえる機会は地域の医療・ケアの質向上、情報連携の質の向上などには重要だと思っております。いつも素晴らしい機会を有難うございます。
- ・ACPのタイミングについて悩みますが、雑談から始める、複数回に分けて聞くということを知り、これなら実践できるのではと思いました。ご本人やご家族様に寄り添い、思いを受け止められるよう努めていきたいと思っております。
- ・グループワークの人数がもう少し多いと良かったです。
- ・他事業所の皆様のご意見を聞くことができとても勉強になりました。
- ・ACPIについて、ケアマネージャーさんの考え方や気持ちがよく分かりました。
- ・看取り時期の利用者さんに「生活者である」と言ったスタンスで今まで関わっていなかったなど、目からうろこでした。どうしても治療に必要とか、見守りが必要でしょうかでサービスを押し付けてしまうことが多かったので。支援者も苦しいと思いますが機能を喪失していく方に寄り添うのはきつい事ではありますがよく支援しているなと感じました。参考になりました。
- ・自分の支援を振り返るととても良い時間になりました。
- ・今回も症例検討会に参加させて頂きありがとうございました。ACPという難しいテーマの中で他職種の方の色々な意見をお聞きでき、とても知識になりました。グループワークのテーマについて、私は在宅なのでイメージし易かったのですが、訪問でない職種の方は少しイメージが難しかったかもと少し思いました。今後とも宜しくお願ひ致します。
- ・寄り添うことの難しさを、日々感じています。今何を求められているのかを考え対応していきたいと思っております。

- ・他職種の皆様が日々試行錯誤しながら取り組まれておられている事例をお話くださり大変勉強になりました。
- ・ACPと気構えず、コミュニケーションの延長線上で自然に聴取できるのが理想ですが、なかなか上手に気持ちを聞き取れず日々試行錯誤しています。他の業種の方たちも同じような気持ちを持ちながら接していることが分かったので、今後はそうやって得た情報をMCSで共有した大事に蓄積できれば、その方の暮らし方に貢献できる財産になると思いました。
- ・今回初めての参加でしたが、他職種の意見が聞けて良かったです。
- ・ACPは日々の関わりの中にあるということを強く感じられた実践報告が大変良かった。多職種のグループワークがいつも有意義です。
- ・患者さん、ご家族、ご遺族への対応を「喪失体験」という視点で振り返ることができて新たな気づきがありました。患者さんとの対話が再現されるなかで、喪失の内容が確認されていること、内容が身体的な悩みから死に関する不安にまで進展している様子が分かりました。「思いを聴く→質問に答える」とのやり取りが繰り返される中で、意向に沿いつつ、生活者して生きることの寄り添うことがどういうことかを理解できました。傾聴が大切であることが前回の症例と共通していると思いました。患者さんらに関わる中で、必要に応じてご本人がACPについて話し合うために、その方の生活の中心にいる医療・介護の専門家につなげて行きたいとも思いました。
- ・ご苦労様でした
- ・医療、介護、薬局、リハビリなど他職種の意見交換や立場の理解につながり大変よかった。ACPの現実的な実施方法のヒントが得られた。
- ・貴重な生きた事例を提供いただき、多職種で共有、情報交換ができる機会は、本地域にとっても有意義な取り組みだと思います。課題解決や情報連携の質の向上につながるものだと思います。引き続きよろしく願いいたします。
- ・それぞれの立場からの視点が理解できました。
- ・生活者としての視点を忘れず、本人の発する言葉の真意をくみ取れるようにしていきたいと思いました。
- ・他職種の意見、同業種の意見それぞれ大変刺激になり今後に活かしたいと思いました。
- ・それぞれの立場持ち場で考え方、価値の違いを感じました。
- ・他職種の方がどのようなことを考えて患者さんに向き合っているのか理解できました。
- ・ACPのタイミングは本当に難しい。
- ・他のステーションの症例を聞かせていただけるのは非常に参考になります。自分たちの関わりに活かせると思います。今回は都合が合わずアーカイブ視聴となってしまったのが残念です。緩和に関して他職種の意見が聞ける貴重な機会だと思っています。

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。

- ・家族ケア
- ・疼痛コントロール
- ・COPD末期の検討
- ・多職種との連携の取り方
- ・困難事例も得るものが大きいですが、日常的に多いありふれた事例を改めて検討すると、課題や気づきも多くあるのではないかと。
- ・パーキンソン病の方の看取り事例
- ・今後も事例をメインにお願いします。
- ・困難症例、うまくいかなかった症例
- ・高齢者てんかんについて
- ・見取りのケースなどで、医療職はこう思っていた。介護側はこう思っていた等の2面性がわかると参考になります。
- ・ケアマネジャーやヘルパー等介護分野の参加が少ないので、その方々が参加したくなるようなテーマを考えてもらえると嬉しいです。とはいえ...どんなテーマがいいのか...すみません
- ・サービス介入拒否の方へのアプローチ事例
- ・看取りに関すること
- ・ご本人様だけでなく周囲（行政サービスなど）の助けを借りながら上手く看取れた、または助けを借りられず、借りていけばもっと上手く看取れたのではと思われる事例など、社会資源の活用に関して勉強したいです
- ・思いつきません。今日のテーマはとても良かったです。
- ・在宅での看取りについて
- ・臨床心理士さんから終末期にある方とそのケアについてお話を伺ってみたいです。
- ・ACPを進めた具体例・症例から、連携方法、その内容、その後の進展等について知りたいと思いました。
- ・非がん疾患の緩和ケア
- ・今回刊行されたガイドブックの活用例が増えてきた時点で、その実践報告など。
- ・在宅緩和ケアにおける地域課題に即した事例 例えば認知症 + 身体疾患の受け入れ先不足や医療依存度の高い利用者のショートステイ不足などの課題をどのように課題解決に向けて動いているかの検討など
- ・訪問診療との連携について
- ・認知症、独居、経済的困窮
- ・家族間で意見の相違がある事例での関わり
- ・グリフケア
- ・ALSや筋ジストロフィーなど進行性の疾患を抱える患者さんをどのように支えているのか知りたいです。
- ・オピオイドの使い方
- ・小児の看取り

《グループワーク記録より》

- ①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。
- ②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？
- ③ACPのタイミングを逃してはいませんか？
- ④意向を決めることだけが目的ではありません。
- ⑤聴けていますか？ 寄り添えていますか？ 思いを受け取れていますか？

【グループ①】

医療的に妥当な方針や案内とご意向が一致しない場合に苦慮するイレウス予防に下剤を勧めたいが拒否されるなど、その中で全身をマッサージすることでうまく距離を詰められていたと思う、参考になった。もう帰るの？という時、寂しさもあったのだろう； 家人の関与は希薄だったのかな。娘氏が介在できればまた違っただろう。

CMが精神的に支援するのは家族になりがち； 医療者はご本人に介入しやすいが、CMは介護者でもある家人への関りになる特長がある／家人がご本人の病状をどう理解しているか、身体的側面だけでなく、経済的な問題を打ち明けられたり、など／まだ在宅医療者の介入が要らないタイミングに、早めに出た介護申請を機会に入りやすいことがある。

医者が帰ったあとで言っていない思いが聞けたり、BSC（Best Supportive Care=支持療法）になるまでの経過に込められた思いを聴けたとき、何もできない立場であるCMが本音を聴けるタイミングがある。ポータブルトイレで亡くなる方が偶にいる、自立排泄に拘る方が多いことに驚く／入院を踏み切るタイミングとして排泄がカギになることは良く経験する。一方食べられなくても家には居られる。

ACPの話題を話すときは、ご本人にもう終わる時期なのかと思わせることもあるので、それが狙いでないなら伝え方が重要になると感じる。

【グループ②】

- ・喪失を理解しているかということが響いた。喪失というなかでどのように関わるか考えていかないといけないと思った
- ・喪失の中で希望を持たせられるリハも重要だと考える
- ・喪失という理解はできていなかったと感じる。家族・本人の気持ちを聞いていなかった
- ・ACPのタイミングは医療職はしやすいが、介護職でしていくのは難しいと感じる
- ・薬剤師として在宅がん末の方に何もできなかったと感じた。患者さんとのかわりをより強くしていき家族と歩幅を合わせていくことが大事でこれからも勉強が必要と感じた
- ・失ったものの代わりにものがあればいいと思った
- ・その人が何を大事にしているのかを理解することが大事だと思った。最期まで自宅で過ごすことを支援するのはその方の尊厳を守る事だと思った
- ・誠実に対応する。そのうえで患者さんが心を開く、そのような関係性は大事
- ・ACPって最期どうしたいかという話かと思ったが、実際はどういう生活をしていきたいかを聞くこと。CMとして毎月のモニタリングで利用者さんといろいろ話していく事がACPに繋がると考えている
- ・ACPのシートを使ってすると利用者は答えてくれる
- ・兄弟が亡くなったタイミングなどはACPのタイミング
- ・元気な時にしておくことも大事だが、状態が落ちている人に聞いた時に利用者さんがすぐ落ち込んでしまった。
- ・薬剤師として在宅がん末に関わる事がそもそも少ない

【グループ③】

⑤聴けていますか？ 寄り添えていますか？ 思いを受け取れていますか？

- ・どのように聴いていますか・・・
- ・（ご自身の体験から）最後まで家は無理と分かっていたが、病院にお願いするといっても家にいたいという思いがあった。自分の体の変化を気付いたときにご本人が家がいと話してくれたので看取りまですることができた。ご本人からではなく、気持ちを察し、家でいいんだよと言ってあげればよかった。（支援者から言ってあげればよかった。）"
- ・タイミングが難しい。言ってしまったら希望を失うのではないかと思う気持ちもある。
- ・自分の言葉をまとめることができない。普通のケアの中で話せたらいい。死に対する話がなかなかできない。訪看さんは上手だと思う。
- ・ケアマネとしては家族のタイミングをうかがっていたり、ご本人とはなかなか話ができない。
- ・ケアをしながら少しずつ築き上げられている信頼関係なのかもしれない。
- ・情報の共有ができることが連携につながっている。MCSは情報の共有が速いという利点がある。
- ・クリニックの看護師は訪問看護師とは異なると感じている。観察力がすごいなと思っている。心がけていることは?"
- ・クリニックNSは、信頼関係を気付く時間がない。カルテを読み込み、状況を理解し訪問看護師さんとの確認など、情報共有を事前に行っていることを家族・患者に伝えることで不安を与えないようしている。
- ・聴くことは、寄り添えていますか、につながる。
- ・ご本人に寄り添うではないが、ご家族が症状が進んだ時に家族に迷いが出る。30分家族の話を聴いてくれたことで納得し入院につなげることができた。
- ・話すことは、自分の思いを整理することにつながる。話しながら整理できることもある。
- ・支援者として、感情の逃がし方どうしてますか・・・
- ・スタッフと話すことで、支援者としての自分の感情を逃がしているということもある。
- ・デスカンファレンスは有効と感じている。支援について認めてあげることが次のステップにつながると感じている。

【グループ④】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

・行政：日々の関りの振り返り。このような症例検討会での機会は貴重だと思う。新座市のACP活動とも一致している。患者さんや利用者がサインを日々発している。それを本人も気づいていない事がある。そこを一緒に確認してあげる。本音だったり患者の想いだったりするので、大事だと思う。現場では中々行えていない所もあると思うが、一緒に日々の関りを振り返るのが大事だと思う。ACPは意思決定だと思うが、相互の意思疎通が大事だと思う。

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

・牧師：患者と家族が対話カフェ。喪失について。改めて患者さんやご家族が喪失の中にいる事を理解しなければならないことを感じました。どんどん身体機能が低下していき排泄などの問題も出てくる中で、喪失を理解しないといけない。長年やってきていると、よくある事と認識してしまいがちだが、それぞれの患者さんに対して個々に理解しないといけないと感じた。

・CM：できていたことができなくなるのも喪失

・薬剤師：喪失について。患者は在宅の時期に応じ喪失＝今までできていたことが徐々にできなくなるという喪失経験を繰り返していくのだと思う。排泄の自立がこの患者のアイデンティティだったという言葉が印象に残った。その人の想いは時間の経過とともに変わってゆくもの私達は、信頼関係を築きながらもその都度その思いを聞き、サービスや医療へつなげていく必要があると思った。

④意向を決めることだけが目的ではありません。

・CM：ヘルパーの時はACP言葉知らなかった。その方に必要とされるケアを行っていた。最期どうしたいですか？を聞かないと。意向を聞く事に着目してしまっている自分がある。がんの末期の方、亡くなった後の遺族の対応。ケアマネの仕事としては入っていないが。逝去後ベッドの回収等で伺う事が最後。その時にご家族と会うことがある。ご高齢のご主人が逝去した時は、残された奥様の事を包括へ相談、連絡したりすることもいいかなと先輩からアドバイスがあった。

⑤聴けていますか？寄り添えていますか？思いを受け取れていますか？

・行政：分かったつもりでいる。認知症カフェに個人的に出席しているが、認知症の方がケーキをストローで食べていた。フォークを出してあげた。よかれと思ってやったが、実はよくなかった。かえってその方の戸惑いを大きくしてしまった。自分の常識の中で物事を進めてはいけないと思った。"

みんなの共通認識が違う。人に手を貸すことは難しい。

・薬剤師：薬局の事務を行っている。訪問に行った時に薬剤師やケアマネにこういう事を連絡できたらいいと思う。

【グループ⑤】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

デイサービスで、日々のかかわりの中で「何かがおかしくないか？」と感じた時、ケアマネへ連絡し情報共有をしている

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

・昨日出来ていたことだことが、今日出来なくなる（排泄、食事、移動など）ことの患者の喪失感を感じる。出来なくなることが患者の不安感になる。

受け止める、寄り添うために小さな喪失感に気づき、小さいうちに話を聞いていく

③ACPのタイミングを逃してはいませんか？

・癌と診断されたとき、先々のこともイメージを持つように話し、考えてもらうようにしていた。（例：膵臓がん⇒一年後、再発することが多い、など）患者と会うたびに近い将来のことを話しサポートしていた（医師）

・経過を振り返ったらACPの場面だったのではないかと思うことがある。福祉用具は本人の症状により変わる。「なんで変えるの？」と聞かれたことがある。ADL低下は本人が病状変化がわかるタイミング。理解がどのようにされているのか、対応が難しい。（福祉用具）

・予後の良い方の対応が多く、経過の悪い方の対応が少ない。日々、患者が困っていること、嫌に思っていること、薬へのこだわりなどには対応しているがACPまで踏みこめていない。（薬剤師）

⑤聴けていますか？寄り添えていますか？思いを受け取れていますか？

・聴けてつもりが聴けていない、寄り添うつもりがウザがられる...と思うことがある

・やろうと思っているが出来ているか？

・本人の話したいことを待って聴く。聴く時間を確保する。

・本人の表情や変化があるとき声をかける。普段の観察が必要。

・普段と違うところを見つけるために、薬の飲み方が違ったり、残薬が多かったりなど気付いたことを主治医、ケアマネなど関係者と情報共有を行っていく。

【グループ⑥】

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

医師：日々できることを失う、たまらなく辛い。それを傾聴している、家族の喪失思い出を聞く、話を聞く事によって話の種になる・MSW：病院では日常生活と違い、制限されることが多い、自己実現が叶えられない状況、その中で関わりは難しい。入院期間、限られた期間内でACP＝方向性を決めるとなってしまう。ACPも啓蒙できる機会が無いかな？

ALS 胃瘻寝たきり、話せる方、わがまま言わない

・食べたいと言った→初めて話してくれた

何もおっしゃらない方、せっかく言ってくれたけどかなえてあげられない方

事例について

・医師：便秘がきついで何とか自分でどうにかしたい。スインプロイクとかちゃんと使っていた？、嘔吐に対し、ステロイドは？病態に対しての治療は？本人の訴えが辛そうな言葉、スピリチュアルな苦痛、その時点でちゃんとしたACPを行なう。苦しいと言っている時に鎮静をかけてもいいタイミング？病院へいく？薬を使ってもっと楽になれるよ。などの提案も必要ではなかったか？ホスピスや緩和ケア病棟の提案も良かったのではないかな？何度でも繰り返し苦痛緩和の提案を

・MSW：自宅に帰った方で再入院された方もいる。帰った方の後の過ごし方を考えて帰られたのかなと思った。残された時間の事を言わなくなったところが気になった。生活保護の中の制限、社会的喪失もありながら最後の終末期を過ごされたのか？いろんな人生を過ごされた中の最期を考えながらすごせたのかな？※予後の認識、3か月過ぎて生きていられたのでそこをどのように感じていたのか

・事務長：身近に感じた事例でした。苦しい時の訴えがあった時、その時その時の考えが、思いが変わると感じる事が多々ある。ですから選択は変わっていい。それでいいことを伝えてあげられると、本人は安心するだろうと思う。人が来るのは楽しみにしていた言動、残された時間は一人であるので不安であるだろうけどそこを支えていく。決めつつもりでも、迷わず最後まで行ける方は一握り。迷っていい、最後まで悩んでいいという事も伝えていく。トイレに行く事がその人の尊厳、価値感※さみしさを解消してあげることが出来ない。孤独の時間、最後まで独居でいたいのか？患者さんの自己決定に重きをおいていると感じました。私は迷いがある方に、こちらの方が選択の方が良いのではないかと接してしまう。

【グループ⑦】

話したい事：

・CMは看取りのケアが見えづらい、医療の知識が浅い、看護師に押し切られることが多い。ケアの回数を意向を聞いて増やして行って、本人の意向に沿ってケアできていることが素敵だな。

・事例がタイトル通り、生活者であり寄り添うことがACP、私もそのように寄り添えているかな？

・医療的なことがメインになってしまいがち。

・最近の看取りが浮かんだ、がんの曲線、どの方も通る、CMとの協働も曲線をどう受け止めて、日々のかかわりも変わってくる。併せて苦痛緩和を図ること。複合的に起こってくる中で、生活の中でも寄り添う。CMとも、ヘルパーとも、医師とも協働。改めて大事だと感じた。

・吸引を自分でやることにビックリ。家族が吸引できなくて、Nsを呼ぶことも。

キーワード：生活に寄り添う。

・医療者としては、便も出さなきゃとなりがち。毎日訪問していたから、経過を見ていった。

・協働が大事、日々、MCS、自分が受け取ったことも、NSに共有したり。家族からも、話をする人が医療者とは限らない。

・発する言葉、喪失の中、その裏にあることを読みながら、それぞれ背景が違うので、読み取ることが大事。

・家族が医療者、スキルス胃がん、2週間で看取り。看護師の親。医療手技が家族ができてしまう。→訪問頻度は適正だったか、その医療者の死生観、普通の家族とは違う。判断とコミュニケーションは気を遣う。本当にこれでよかったのかな？外からの介入が煩わしいと思われがち。家族のタイミングでできてしまう点。

・医療職が家族、病院のNS・在宅のNSの違い、死生観・看護観、それぞれの違い。病院では、○○しなくては、在宅ならできる範囲で、

・MCSでつながっていることが多い、訪問診療が入っていると必ずのことが多い。写真共有できる、褥瘡など。

【グループ⑧】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

④意向を決めることだけが目的ではありません。

⑤聴けていますか？寄り添えていますか？思いを受け取れていますか？

・ケアマネの立場で寄り添えているか、不安。

・看取りの際に、コマめに関わろうとしている。

・話づらい症状の患者に、こちらから話しかけているが、患者様の思いを自分がくみ取れているのかは不安がある。

・相談員の立場から、患者様と関わること汲み取ることは大切だと思うなかなかなか難しい。

・実践的にできているかは分からないが、思いをくみ取ることなど意識していきたいと思う。

・最後は家族の希望を優先してしまうことが多い。

・ご本人が望むことが最終的にできていたのか、考えることがある。

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

- ・全てにおいて喪失感はあることをあらためて感じた。
- ・施設では本人のご家族にご様子を知らせるようにしている。
- ・喪失感を感じた際には寄り添い話を聞くようにしている。
- ・関わったスタッフにも喪失感を生じるのでスタッフ間でもしっかり思いを共有するなどのケアを大切にする。

③ACPのタイミングを逃してはいませんか？

- ・ACPの声掛けに何を話したらいいのかわからない悩むことがある。
- ・要所要所のタイミングで思いを聞く、提案するなど。
- ・話せる関係性を構築することは大切だと感じている。
- ・ケアマネの立場からは、常に困りごとを聞いて必要になるようなことは提案していく。そのタイミングで話を聞く。

【グループ⑨】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

- ・包括の仕事の関係でフツと舞い込んでくるケースが多い。相談者も軽いケースから重いケースまである。その人となりを探り探り行っている
- ・訪問看護なので患者様との関わりの中から、ご高齢の方に対して上手に思いを聞き出せているのか？
- ・診療上のSWのため、往診医や看護師さんから情報収集して側面的な関わりとなっている。本当は立ち合いたい最初の窓口になることが多いので、利用者様の思いを聞くことが多い。情報提供をしっかり行っていきたい

ざっくばらんに

利用者様の思いを聞き出すことは大切であるが、時期を逃すと適切なケアに繋がらない時期を見極めることがとても大変。

病院と違って在宅はご本人様のお宅に集まることとなり、ご本人様に関わる方が集まり思いや考えを聞く機会となるため、一堂に会することが難しく単発での話し合いになりやすい

"対応するスタッフが固定されずバラバラになってしまうためMCSの患者グループを作成して情報（ご本人様の意向など）を共有するようにしている。MCSは活用できていますか？⇒黒目川診療所：情報発信として活用できているがディスカッションの用途では使用できていない。⇒さくら：先生からの指示などで使用できている"

⑤思いを聞き出すコツ

- ・利用者様ご本人様が率直に意向を話せる方には素直に質問する。ただご本人様がおっしゃった意向に関しては、ご家族様に確認して裏を取るご本人様が答えられない場合は、「ご本人様だったらなんておっしゃると思いますか？」とご家族様に問いかけてみる
- ・初回訪問の際に契約の説明をしながら「どう過ごしたいか？」を聴取し深堀りしていく。
- ・新座市ではエンディングノートを配布しACP研修を定期的に行っている。元気なうちから参加していただきACPの概念を知ってもらい。最後の過ごし方・終の棲家について草の根活動を行っている。⇒堀之内病院の先生を中心にワーキンググループ内で運用を揉んで、包括・市役所などに情報を提供し各々が小まめに勉強会を開催している
- ・エンディングノートの配布率志木・新座はちらほら朝霞は見たことない・・・

感想

エンディングノート・ACPは早いうちに知ってもらっておくことが大切

【グループ⑩】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

（緩和ケアNS）

- ・緩和ケアでやっていること。まずは合意形成。日々のコミュニケーションの連続
- ・症状緩和はもちろんだが、本人/家族の苦痛の緩和が重要。

（ケアマネ）

- ・ケアマネとして、末期がんのかたを複数担当。
- ・一人は独居で、最後は沖縄で旅立ちたいとの意向があり、実際に当地の病院にも相談済みだが、実行するタイミングがとても難しい。
- ・自宅で過ごしたいことと、最後のことを両立するためには、医療との綿密な連携が必要と感じる。
- ・病院のほうが（緊急体制、見守り環境的に）安心するのでは、と迷うときがある。

（緩和ケアNS）

- ・病院 or 自宅、自分が本当に安心できる環境を考えることが大事とも思う。

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

(緩和ケアNS)

- ・緩和病棟の看護師さんとして・・・喪失とは日々対している。数ある事象の何を失うことがつらいのかをよく聞き折り合いをつけていく方法を一緒に考えていくのが、看護師としてできること。
- ・本人/家族/関係者の意見がかみ合わないケースはままある。しかし、必ずしも統一を強制的にしなくてもよいとも考えている。それぞれが考えていく、そのプロセス自体を大事にしている。

(薬局)

- ・事前準備できている患者さんと、そうでない患者さんで心の状態は変わる。家族も予期しない喪失に対してはパニックになる。
- ・喪失体験に対して、グリーフケアを行うことも重要と感じている。
- ・喪失のストレス反応として睡眠障害（不眠）を訴える家族も多く、一時期の服薬でコントロールが有効な方もいる。

③ACPのタイミングを逃してはいませんか？（ケアマネ）

- ・ACPのきっかけを作るのは誰か？に迷うことが多い。

(薬局)

- ・利用者/家族との関係性がどの程度できているか（誰が信頼関係を構築できているか）によるのではないかな。
- ・エンディングノートなどをもともと書いている人は、切り出しやすい。「もしバナゲーム」なども活用。

(緩和ケアNS)

- ・病院では？・・・医師が切り出す例は多いが、改まって「ACP」しましょうという切り出しは少ないように思う。
- ・医療説明や方針説明の時に、「管の挿入は嫌だなあ・・・」など、端々のことばで意向を確認することが実際には多い。

④意向を決めることだけが目的ではありません。

(緩和ケアNS)

- ・ACP＝終末期になってからやるものとは限らない。「最期」を思い浮かべたタイミングが取り組み時だと思う。

(薬局) (緩和ケアNS)

- ・本当に終末期になると、正直それどころではなくなる。
- ・“予後3か月”と言われても、実際に意思決定に残されている機関/時間はもっと少ない。（週単位のスパン）
- ・刻々とかわる症状に振り回されることが実際。

(薬局)

- ・余命宣告を受けた方への意向確認の方法・・・「どんなことをしたい？」をメモに書き出す。見える化することで、自覚を促せる効果も。

(ケアマネ)

- ・緩和ケア病棟でも、最後の場所を自宅で、と急に決定するケースは多いか？→ある。

(緩和ケアNS)

- ・家族の看病に対する負担も考えなくてはならないが、無理はしないように（病院レベルの看病は目指さなくても）と伝える

⑤聴けていますか？寄り添えていますか？思いを受け取れていますか？

(ケアマネ)

- ・今回医師会から発行された「ガイドブック」も早速活用したが、患者側のショックも大きく、落ち込んでしまった。タイミングが難しいと実感。

(薬局)

- ・予後に関するいろいろな経過の実例を話すことが不安解消に有効な方もいる。
- ・痛みのコントロールができているのであれば、健康者と変わらない暮らしができる。と伝えることで安心する事例も。

【グループ⑪】

- ・患者さんに寄り添うことができたかどうか、事業所内でもどこまでできたか考えることがあった
- ・トイレが困っていた、麻薬を使うことで便秘になってしまう、どう対応していくのがよかったのか
- ・同じようなケースで、一人暮らしだと入ることに限界がある
- ・都度入院も含めて検討していく、ご本人の思いを確認して寄り添うことが
- ・最期の時間が一人になってしまったことが悔やまれる最期を看取れば良かった
- ・独居の方が最後を迎えるいい方法が、
- ・本当に寄り添え切れたのか疑問なのでは
- ・医療介護従事者は先がわかっているので何かやってあげたいと思っています、それは医療従事者のわがままなのでは
- ・私たちがこうしてあげたいではなく、タイミング、タイミングでできることをやっている
- ・病院にいたら自分の好きなことができないので入院は嫌だった
- ・在宅で好きなことがしたいが、どこまで求めるか、

【グループ⑫】

①患者・利用者との日々の関りを振り返ろう。

- ・意思がはっきりしているかた、家族も気持ちが変わってしまう
- ・ケアスタッフが日々話しながら決めていく（CM）
- ・本人の状態変化に合わせて対応している、最初は少しずつにしている
- ・状態が変わってくる時の本人家族の気持ちも変わってくる（用具）
- ・症例と似た方に関わっている、行けるときに気持ちを聞き取っている（CM）

②患者・利用者、家族は喪失のなかにいることを理解していますか？

- ・寄り添っていくことが大事、自分の思いを言うのではなく、聞くことが大事
- ・利用者が落ち込んだ時に、用具の変化があり、用具をいれるとどうなるか聞かれると答えに難しい
- ・否定をしないで、受容している

③ACPのタイミングを逃してはいませんか？

- ・正直ケアマネが対応するのが難しい、往診時に一緒に聞いている
- ・関わりが短いと、なかなか踏み込めない
- ・末期の時は、医療が主体になり、ケアマネはサポート側になってしまう
- ・用具は、違う立場にいるので、逆に相談を受けたりしている
- ・往診時に聞けなかったことを聞かれることがある
- ・医師から言われていることと違うような、自分の考えを話してくることがある

④意向を決めることだけが目的ではありません。

- ・訪問時に話したこと、感じたことを職種間で共有していく
- ・その時の本人に寄り添う
- ・病状に合わせて寄り添う

⑤聴けていますか？ 寄り添えていますか？ 思いを受け取れていますか？

- ・できるだけ本人が言いたい時間は寄り添っていきたいとは思っている
- ・聞いているつもりではあるが、ちゃんと受け入れられているのか確認はとれているのかわからない
- ・受け入れてます→自己満足かなと思う
- ・どんな最期でも、「これでよかったかな？」と感じる
- ・家で最期迎えたいと思ってた方が、最期迎えられて、家族から感謝されることはある

【グループ⑬】

- ・訪問看護で信頼関係を持てるようになることで、一緒に考えていける。
- ・本人が訪問入浴などの利用を希望するときに、家族の意見と異なるときにどうするのが良いのか、
- ・癌末期で一人で過ごす場合の体制づくりの問題。体調悪化の時の救急対応の問題。
- ・タバコを吸いたい場合の入院の問題
- ・体調変化があった時の思いが変化があるのがあたり前なので、それをくみ上げられるようにする
- ・ACPタイミングの問題。大きな内容と、そうでないものタイミング
- ・選択肢を提示して、本人にできることを示してあげる
- ・本人と家族との意見の対立があった場合にどうした方が良いのか？
- ・介護保険の導入などのタイミング、先回りしてこれから予測できることを考えて説明する
- ・ACPの勉強会などの機会は？ 冊子の作成 パンフレットを渡すタイミングは？