

グループディスカッションまとめ

テーマ

事例発表を受けて・・・

- ①望ましい利用者、家族への対応とは
- ②望ましい医療専門職との連携方法とは
- ③上記①②を達成するために各自が抱える課題とは

以上について議論をしていただきました！

1

- ・本人家族に寄り添いたい(状態や掛け声等)
- ・望ましい・・・死までの流れを家族に説明する。(日々状態は変わる事)
- ・元気な時に決めておいても、意向は変わる。変わることは大丈夫！！と言えるように
- ・何回も説明する。
- ・意向をしっかり確認する。

2

- ・Dr、Ns、CM等は横並びが大切。
- ・CMは自らDr、Nsに働きかける。
- ・CMは我慢か・・・

3

- ・死への説明
- ・不安がある。安心を提供する。

- ・「意思表示カード」「尊厳死協会」「エンディングノート」
- ・ガン
- ・日によって家族の意向が変わる。その気持ちを聴く。
(病院か自宅か看取れるか戸惑い)
揺れる気持ちに付き合うこと
- ・SMSライングループホームでの看取り Drと連携
- ・「身寄りのない方(独居)」生保の方は担当者の協力も得られた。今後の課題
- ・アドバンス・ケア・プランニング(ACP):「何かあった時どうしますか」元気なうちに確認する。

(話をするタイミングの見極め、Drの説明)
「聴く」にも覚悟が必要

※Dr介入時のカンファ時などが適切か

1

- ・その時望ましいと思って対応しても揺らぐ。揺らぎに付き合う。
 - ・家族の迷い、不安を聴く。(入院しなくてよいのかとか)励ます。最期は後悔を抱えないように。よかったと言ってもらえるように。
 - ・家族のサポート(訪看は忙しい)自分の対応次第でチームからおいて行かれない
 - ・自分の立ち位置がわからないときは何度も行く(CMも不安がある)
- (家族も信頼していくのかも)
- ・話を聞いてくれてよかったと家族にいつてもらえた
 - ・自宅⇄入院。迷いの気持ち。選択が間違っていないことを伝える。
 - ・本人・家族(後から来る親族)の意向が一致しているか

2

- ・県外の病院との連携方法に悩む
- ・看取りのはずが緊急搬送して怒られる
- ・自宅での様子を適切に伝えるようにしている
- ・退院時に揺らぐ可能性についても情報共有しておく。
- ・ためらわずしつこく聞く。
- ・日ごろから関係を築く。(顔の見える関係)
- ・初動を大切に
- ・初回の訪問診療に同席する。
- ・説明内容に同席して確認
- ・連携して情報共有。病状の経過を確認する。

3

- ・予後の見立てが苦手(病識がないためマネジメントが難しい)
- ・やっぱり聞く
- ・MSW
- ・医師と介護者との(職種による)とらえ方の差
用語が統一されず認識が違う
- ・病院からのサマリーが大雑把(病院による)

1

- ・在宅では家族が本人の変化に戸惑いがある。
家族も看取りを了承したにも関わらず心に迷いが生じる。
→まめに顔出して安心感が持てるよう関わっている。
- ・日頃から信頼関係の種類を意識し家族の揺れ動く気持ちに寄り添う。
本人が何を望んでいるかを確認。(思想など)
- ・本人・家族の意向を聞きづらくてもしっかり確認。

2

- ・緊急時の対応について確認している。
- ・どこまでの治療を行うのかを関係職種で共通認識している。
- ・主治医へ治療方針や本人・家族の状況説明・受け取りの状況の確認をしている。

3

- ・ケアが終わってからスタッフにメモを配布して振り返りを行っている。
- ・家族へのケアが難しい。→看取りの時期である判断についてケアマネジャーとして伝えることに悩む。
 - ・状態の変化がめまぐるしく対応に苦慮する。
- ・インテークの時点で最期についての意向確認。

- ・独居の看取り
- ・第一発見者(独居)になった。
- ・事件性が疑われるケース
→遠方からの家族が家に入れてもらえない。

本人・家族の意志
☆確認は大切
途中でも必要



土壇場で病院に行ったケースも→ゆれている場合も含めて
家でも看取る覚悟
ベッドの確保が気になる！？在宅の先生も！？
入院してたが→やっぱり家に！となったケースも
家だということが考えられるという情報は伝えてあげることが大切

看取りやってる？やってない？
施設によってできることできないこと
オリエンテーション重要

最期の行き場がなくなってしまう人の対応

入所できない
食べられない →食べさせたい気持ちはわかるが食べる方が苦しい時もある。
ゴロゴロしてしまう

- ・「こうなるよ」「ああなるよ」看護師から教えてもらっているとよい
- 看取りに限らず一歩先のことを予測して→家族に伝えられると安心を与える
- ・元気な方に看取りの話はしにくいが元気なうちからタイミングをみて
怖い話と安心を与える 説明が必要
- ・チームで 話を統一していかないと
ex ヘルパーが「点滴で楽になるよ～～」みたいな場合も。

むくみ、あざ、etc身体状態を死に結びつけてしまう 家族の知識 意外なことを不安に思ってることあり

CMとの信頼関係より、例えば訪看とうまくやっていけばよしとするか。

本人の状態を訪看に伝えるには、情報は詳しく取っておきたい。

CM協会推奨の ツールあり
ソーシャルワーカーが訪看につないで
くれているとその後進めやすい



ソーシャルワーカーより「NSとかわって！」と思うこともあり
Drを呼んでくれているような時もあり

県外だったらどうする！？ 会いには行きたいが……

家族が迷う 家族に寄り添う

受け入れ 若い？高齡？によって違う

家族の気持ちきくと 主介護者

ADLのとらえ方 医療職と介護職でずれ←連携する

どこまでの情報が欲しい？

在宅の先生が動いてくれると早い！

エンディングノート

アドバンスケア

意志通知カード

・本人 初回訪問時、本人の気持ちが聞けない。「死にたくない」・・・眠りながら叫んでいる。

看取りに向けた関係性 タイムな時間の中で、本人・Faの希望を聞くのは難しい。

・職員の親だったのていろいろ話が聞けたが、初回の人との関わりが難しい、大変。

関係性づくりが難しいが情報は欲しい。相談しやすいケアマネ

施設 関係性は長い。

福祉用具 引き上げ時感謝された。日常こまっていることを聞き出せる。

看取り時、明日入れてほしい すぐ対応するが本人の情報を聞くまでには至らない。

看取りー 本人の意思を確認できない利用者もいた。

主任、相談員が家族に説明している。介護職は直接Faとのやりとりはない。

利用者、対応について

状況の変化 短い期間で対応しなければならない

余命〇〇しかない。Drから言われると受け入れやすい。Drからきちんと説明してほしい。CMがすすめやすい。

受け止め方も難しい。本人はそうは思っていなかった 温度差が出てきてしまう。

表現「看取り」の仕方。状況を受け止められる雰囲気・声かけが大切

症状・余命について Drとの連携について MSWとの連携

連携の方法 タイミングについて

近いHPだと出向いて直接聞ける

往診日におわせて、CM同行訪問し直接話を聞く。Fa、不安について

施設 Drとの連携 時間帯によってはすぐ来れないDr 看護師とDrが連携しケアマネが関わる

情事は看護師がメイン。ケアマネは家族との連携が多い。

Drの余命より、常に介護しているスタッフが、現場が把握している。

日常的なケアは現場スタッフがわかっている。脂肪診断するDr

Dr - 看護師

看取りを伝えるのはDrから状況をみて治療方針が決まる。

在宅 HPから退院 主治医、看護師から直接聞ける

看取り 言葉が嫌い利用者から言われた。

クリニックからの状況 大きなHPだと状況確認が難しい。

3 調整日程がタイトなので情報収集・関係作りが難しい。