

第3回 ことう地域チームケア研究会



彦根市立病院 医療情報センター
多目的室

平成25年7月9日(火)

グループワーク

- 講演を聞いた感想・もっと知りたいこと
- 今、私たちの取り組んでいること

など

- 急変時は家族にとって不安。肺炎や熱発による急変と最期を迎えるときの急変。最期を迎えるときの状態が家族はわからないので不安。
- 最期を迎えるまでの支援のプロセスが家族にわかると安心につながる。訪問看護師等専門職の言葉かけが大切。
- 在宅看取りは家族も「ほっ。」とできるのでは。
- 家族の介護力の低下が問題になっているが、一人暮らしのほう 서비스가スムーズに入り、多職種が連携する中で看取りが可能になるのでは。
- 家族がいても、エンディングノートなどで最期を共有しておくことが大切。

- 事例報告は本人の意思を汲み取って連携がうまくいった例だと思う。
- エンディングノートは色々なところで作られているが、どのようなものがあるのか。国や行政で決めていくことも大切。
- 病院にいた時と在宅に戻った時の連携が重要。ただ在宅に戻すだけではない。
- 在宅にいるときの本人・家族の安らぎ。
- 本人が食べたいと思ったものを食べることができる、本人の意思を優先させることが大切ということを医療職も理解することが大切。
- 病院と在宅の医療連携をしていかななくてはならない。(湖東地域ではまだ不十分。)

- 看取りでは訪問看護師が中心になるが、訪問看護師とケアマネの役割分担が必要。訪問看護師が主治医と連絡を取るときのケアマネの役割分担など。
- 彦根では薬剤師さんとの連携が不十分。これからはもう少し積極的に連携をしていきたい。

- 事例報告のケースはあり得るケース。ここまでうまくいくケースはないかも。急変時に入院することができる体制があったことはよかったのでは。
- 病診連携というが、なかなかできない場合もある(医師同士)。
- ケアマネと医師との連携はなかなか取りにくい場合もある。訪問看護師に間に入ってもらうといいか。
- 病院は長期入院になる事は避けたいところなので、今回の入院目的を本人・家族と共有していく事ができるようケアマネが支援できるとよい

- 日頃から、今後起こりうる事を家族と共有し、最期を迎える時の状態について、少しずつ訪問看護師から伝えていけるとよい。
- 本人が希望する生活ニーズを考えていくことが大切。
- 家族の立場の看取りか本人の立場の看取りかわからないときがある。

- (包括) 仕事上では看取りから離れている。体制づくりは重要。
- (DS) 実際の看取りはないが、最後まで通所されていた方もある。
- (GH) 実際の看取りをしたことはない。最後は病院に行かれている。スタッフ自体も看取りに対する意識を持つことも大切。
- (訪看) 必要時、通所系のサービスも必要だが、本人・家族の受け入れが悪い場合も。いつまで続くかわからない経済的な負担に対する不安も
- (病院地域連携室) 今後は色々な場所での看取りも増えてくる。
- (CM) 「できれば自宅で」という家族の思いの把握が必要(どこまで考えているのか)。
- 専門職の意見を押し付けてはいないか。

- (GH)看取りをしている職員がいないので、今回、研修会に参加して勉強していきたい。
- どういう看取りがあるのか、本人、家族の意見を聞きとっていきが、その時々で変化するので、本人の不安などを無くす働きかけをしていけるとよい。
- 家族はどこまで続くのかという不安もある。ショートステイやデイサービスで受け入れられない時もあるので、ケアマネや訪問看護による支援を。
- なかなか本人、家族の中で思いがまとまらない時もある。まとまらないけれども思いはわかっているということで納得できることもある。
- 多職種連携を取りながらすすめていく。
- 家族の気持ちを理解することは難しいが、走りながら対応していくことが大切。

- 振り回されるといってマイナスイメージがあるが、本人・家族の思いを聴くことが大切。
- ケアマネ主体で動くのではなく、本人・家族の思いが大切。振り回されるのもある程度はよい。
- 「すいません。」の一言が・・・
- 最期を迎える場所はどこでもよい。本人・家族がどう最期を迎えるかが大切。

- ここ10年で病院の終末期医療が変わってきたと感じる。医師の言葉のみでなく…。
- 最期の迎え方について、みんなで勉強してお互いに考えていかななくてはいけない。
- ペインコントロールが在宅では難しい。(麻薬とか。)そのあたりは課題である。
- 吸引をしなくてはならない状況は自然ではないのでは...という意見も。

- **家族診とはどのようなことを指すのか？**
→本人の受診でなく、家族の情報、訪問看護師の情報から医師に処方を考えてもらうこと。
- **本人の思い、家族の思いが異なるときに、間に立つケアマネは支援が難しい。**
- **他の家族が、本人や実際に支援をしている家族と違うことを思っている場合、支援が難しい。**
それを調整してくれる専門職がいるとありがたい。

- 往診の医師、24時間対応の訪問看護ができ、看取りへの体制が整ってきたと感じる。
- 体制が整ってきても、本人や家族の希望がなければ看取りは成り立たない。
- 家族関係がよくないと本人が看取りを希望していてもできない場合もある。
- 国の方針としては在宅看取りといっているが、家族力、地域力が低下している今は難しい。
- 支える家族のQOLをあげていくことも大切。
- 看取りの啓発も重要。