

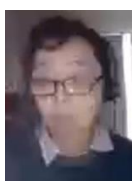
質問・回答 (研修中ディスカッション)



Q1

亡くなった後の、家族の悲嘆のケア（グリーフケア）、
ステーションスタッフのケアはどうしているの？

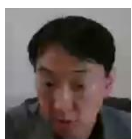
市立函館病院看護学校
教員
(緩和ケア認定看護師)



保坂さん

A1 家族の悲嘆のケア（グリーフケア）について

亡くなった後、夫にだけ想いを伺った。
(子供達が思い出して辛いかと思った。)
亡くなる前のクリスマス会に子供達にプレゼントした。
(亡くなった後見ると思い出して辛いかとも悩んだが、楽しい思い出・ママがいた証になるかもと考えた)



川口先生

A1 家族の悲嘆のケア（グリーフケア）について

稜北 HP では、亡くなった後お悔やみ訪問をしている。



正解はない。逡巡するのが大事。



保坂さん

A1 ステーションスタッフのケアについて

看取り後、振り返りを実施



日々の業務に流されてしまうので、改めて振り返る事が次のステップに繋がる。

Q2

延命治療には、何があるの？
(透析、在宅酸素、胃ろうも延命治療？)



特別養護老人ホーム
施設長



山崎先生

A2

医学的介入がないと患者さんの命が短くなるのであれば、
全ての医学的行為は延命治療。
大切なのは、それが患者さんにとって利益になるのかどうか。
例えば、透析さえしていれば仕事も好きな事もできるのであれば、
延命というには抵抗があるかもしれないが、大きな意味では延命治療。
終末期に近づいて、透析してもしなくても、ベッドから起き上がれない
状態になるとあまりいい意味ではない延命治療になるのかなと思う。



川口先生

A2

医療行為をどこまでするかの話の前に、何に価値を置いているか
という事からはじめる。
とにかく長生きしたいのか？施設から離れる位なら何もしたくない
のか？そういう大きな事から話していくのがいいと思う。
問われるのは「どうするのか」という事ではあるが、話し手と聞き手が
お互いイメージしないまま、結論だけ話していくと悲しい結果に
なる。



その人が何に価値を置いているかによる。
話し手と聞き手の延命のイメージが違う事があるので、イメージのすり合わせを
行う事が大事。



山崎先生

A2

施設でACPを行っていても、医療機関に伝わっていない事はある。
話し合った内容の記録がないと伝わりにくいと思う。



川口先生

A2

介護側が今まで話し合った事を医療機関が見ないからと出さない・話さない事がある。医療側もそういう情報に目を向けられない事がある。例えば、いざ急性期に入院すると、今の嚥下機能であればここに行くしかない、前の情報を抜かして次の行先を決めてしまいがちになる。本当は前から関わっている、よく知っている人を呼んで話をするのが一番良い。



医療・介護関係者が、思い込みではなく、情報を伝え合う。

Q3

山崎先生父の、透析を拒否した事例について。医療者として透析する方向に導きたくなくなってしまうが、どう関わったのか？ACPについての価値観について、こうと決めた事が変わるケースは多々あると思うが、それについても話して欲しい。



本間会長



山崎先生

A3

透析は受けさせたかったので、色々説得した。医学的な正しい情報を言う事はできたと思うが、父にとっては透析を受ける事は人生のうちの一つにすぎない。正しい医療というはあるかもしれないが、正しい人生・正しい生き方はない。父は、自分で決めた想いを最後まで貫いたと思う。



川口先生

A3

多くの人を選択する事を選択しない人がいる。そういう時、医療者は「受け入れが悪い」と言ったりするが、あくまで医療者側からの目線。1回2回説明して、何となく嫌、よくわからない等で、この人の ACP は「透析をしない」とするのは本当の本人の意向ではない。どんな説明をしても、ぶれない人はいる。それは尊重すべきと思う。家族は最後まで納得していない事もあるので、家族のグリーフをどうするのかになるのかと。亡くなった後だけではなく、亡くなる前から山崎先生のように、意思決定に関わっていた事も、グリーフになる。実際に、山崎先生が意思決定に関わっていなくて親が透析しないとなったらかなり辛かったと思うが、自分がやれるだけ関わったから今こう思っているのかなと思う。



川口先生

A3

医療者側からすると自分達が主導で ACP を行えなかった，コントロールできなかったみたく思う人がいると思う。保坂さんの事例もように，伴走型の支援，つかず離れず伴走して一緒に揺れながら関わった事は，まさに ACP ではないかと思う。



保坂さん

A3

人の想いは必ず揺れる。退院後，入院中…認知症の方はいつも言う事が違うので周りは戸惑うけど，家族に情報を聞いていれば，この人はこう考えるかなという想いに寄り添って考える事ができる。



ACP とは「やらない」を決めて書面に残すと思われがち。
価値観を話して共有していきながら，新たな事が起った時は，
「前はこう話していたが，今はどうか？」の～ing が大事。

Q4

有料老人ホームで終活勉強会をした。内容を見直す時期等についてどのように取り組んでいるの？



養護老人ホーム
相談員



南部さん

A4

定期的に変更点の確認をしている。新規入居者には，隣接する施設の説明時や，皆こんな事もしていますと話している。やる，やらないは希望に沿ってやっている。
雑談・面談を通じて，話し合った内容・伝えたい事を A4 白紙に書いてもらい，最終的には家族と共有する。
特に項目は決めておらず，人によって違う。

Q5

利用者さんの声を家族とも共有しようと思うが、全く身寄りのないケース、認知症を患っている方はどうしているの？
その方のその言葉がどこまで有効？



養護老人ホーム
相談員

Q5

A4・1枚にまとめたものを、施設から入院時等に医療側に本人の意向として情報が伝わるようになっているの？



山崎先生



南部さん

A5

医療側に本人の意向をまとめたシート自体を渡したことはないが、意向がはっきりしている方の情報は、介護情報等と共に伝えている。



山崎先生

A5

その情報を踏まえ対応できる為、伝えてもらえると医療側は大変ありがたい。



川口先生

A5

話しているうちに信頼関係ができ、何かあった時、話し合っていない事でもこの人だったらこう言うんじゃないかとなるのではないかと思う。
認知症で身寄りのない方は増えてきている。過去を知る人から何か手がかりはないかを今関わっている者が聞き取り、その人の過去から、この選択がこの人にとってどうか、正解はわからないが、皆で頭を悩ますしかない。

Q6

がんで通院している利用者様が、徐々に痛みが強くなっている様子。外来で緩和ケアは、どういう事ができるの？



ケアハウス
施設管理部長



山崎先生

A6

疼痛コントロールが出来ていなければ主治医に訴えてもらいたい。患者さんは遠慮してしまう所がある。遠慮しないで、なんとかしてくれと言いつけるのがいいです。当院では、痛み止めを使ってもなかなか症状が改善しない時は、緩和ケアチームに相談がくる体制になっています。