



皆様から寄せられたご質問に対し、講師の皆様からご回答をいただきました。



Q1. チームが同じ方向を向いて、利用者様をケアしていくための工夫や取組について教えてください。

A1, 武山先生からの回答



病院での取り組みになりますが、救急科の医師は毎日入院患者のカンファレンスを行い、治療方針を確認しています。また、病棟で看護師に指示を出す際、治療方針についても指示書に記載して共有しています。医師から患者さんや家族に病状や治療方針の説明（IC）を行う際は、看護師も同席して説明内容や質疑などを記録し、カルテに記載して関わるスタッフが閲覧できるようにしています。その他のスタッフ（リハビリ、薬剤師、ソーシャルワーカー等）も、患者さんに関わった結果についてカルテに記載し、情報を共有できるように努めています。

入院が長期化したり、治療方針の決定が難しい患者さんについては、関与するスタッフ（主治医、上級医、担当看護師、病棟師長、その他職種など）が集まって個別にカンファレンスを行うこともあります。

A1, 井上様からの回答



病院の場合は、週1回病棟で多職種カンファレンス（病棟NS、MSW、退院支援NS、リハビリ、栄養士、薬剤師）があるので、その中で本人・家族の意向など踏まえた上で、情報共有を行い、目標設定や進捗状況の確認等行っています。また、面談内容やケアマネジャーさんから聞いた情報、医療・介護連携サマリーの内容で共通認識しておいた方が良いことについては、電子カルテ上に記録として残し多職種で共有できるようにしています。

## A1, 波並様からの回答



とても難しい質問です。なぜなら、「らしさ」もいつも「どうしたら？」と頭を悩ませているからです。らしさとして取り組んだことは以下のとおりです。

①「基本理念」を皆が目につくところに掲示しました。今までも掲示はしていたのですが、それでも「基本理念」を覚えていない職員がいたので。

いつでも目につく場所に掲示したことで、職員一人ひとりへ浸透したのではないかと思います。

文字はPCで印刷したものではなく、書道のうまい職員に気持ちを込めて書いてもらいました。やはり字に力があるので、全然印象が違いました(笑)。

②次に年度毎に「目標」と「具体的な取り組み」を掲げました。

まずは現状の課題を抽出するため1年間を振り返り、「より良いケア」を提供するために、次の1年、どのような取り組みを行っていけばよいかを皆で考えました。

課題解決は勿論ですが、「こういうケアをしたい」という希望も盛り込んでいきました。

年度の終わりに振り返りをして、「1年間でこんなに目標を達成出来た！」と皆で共有し、モチベーションアップを図りました。

出来る限り、具体的な目標を掲げ、何が何でも達成すること。それが成功体験となり、次に繋がると考えています。

③自分達が取り組んでいることを外部の人に知ってもらおう。(SNS等の活用)

自己完結するのではなく、第三者の意見や感想を参考にさせて頂きました。

決して閉鎖的にならず、誰かに見て頂くことで沢山の刺激を頂きました。

そして良い反応を頂けた場合はとても嬉しく、自信に繋がりました。

「自信」は取り組みを促進させてくれたと思います。



Q2. 人生観をその他のスタッフと共有する方法について教えてください。

A2, 武山先生からの回答



病院で急性期治療を行う場合、侵襲的治療\*)をどこまで行うか、DNAR\*)があるかどうかは治療方針を決定するうえでとても重要な要素になります。したがって、医師も病状説明を行う際に確認することが多いですし、指示を出す際に看護師からも確認されることが多いです。

これらの意思表示は人生観が反映されるため、確認の際には慎重に行うように心がけています。施設入所者等で、あらかじめ情報がある場合は病院側に伝えて頂けると方針決定がスムーズになります。いっぽうで、これまで考えたことがない、という方も多数いらっしゃるので、説明した後に考えてもらう時間を作ったり、時間が許す限り急がさないように心がけています。

人生観や治療方針についての情報は、Q1の回答と同様、カルテに記載し、カンファレンスで議論しながら多職種で情報共有できるように努めています。

\*侵襲的治療；人工呼吸や人工透析、人工心肺、手術、などの身体に侵襲を伴う治療

\*DNAR；(入院の契機となった疾患や持病の悪化により)心停止した場合に蘇生処置を実施するか否か、の意思表示

A2, 井上様からの回答



共有するにはやはり記録に残す。これに限ると思います。

A2, 波並様からの回答



人生観は「一人ひとりみんな違う」ことを皆で理解するようにしました。どのように生きて、どのように死にたいか。そしてその「想い」は常に揺れ動くことも理解しました。

その上で利用者一人ひとりの「想い」はこれまで過ごしてきた時間の中につまっているため、本人と一緒にこれまでを振り、自分達に「今、何が出来るだろうか？」と皆で考えていく中で、少しずつ共有することが出来ていくのだと思います。



**Q3. 本人の意向で退院、何かあったら救急搬送へと医師の指示あり、在宅で息を引き取った時、誰がどこの病院が死亡確認、診断書を記入するのか？**

A3, 武山先生からの回答



何かあったら救急搬送へと医師の指示があった場合、まず、救急搬送先は二次救急病院を指しているのか、それとも指示した医師（主治医）のいる病院を指しているのかを予め確認し、搬送先を決めておくことが重要です。

更に、在宅で息を引き取る場合も想定して、その場合には主治医へ連絡を取って死亡確認、診断書記入をしていただけるのか、それとも主治医を訪問診療医に切り替え対応をお願いするのかをきちんと決めておくことが重要となります。

上記のようなことが決まっておらず在宅で亡くなり死亡診断書を書いてもらえる医師がない場合は、警察が関わり検視を行い、警察医が死体検案書を作成することになります。



**Q4. 医療相談員と退院支援看護師の関係、違いは何ですか？**

A4, 井上様からの回答



医療相談員と退院支援看護師の大きな違いはありませんが、元々学んできた過程が違うため専門分野が異なります。そのため、お互いがそれぞれの特性を理解し、専門分野を生かしながら役割分担し、患者・家族にとって有益になるように関わる事が必要だと思います。当院では主に転院・施設調整は医療相談員、在宅調整が必要な患者は退院支援看護師で担当していますが、ケースによっては両方で関わる事もありますし、難渋ケースなどについては、この調整で良いのか？他に方法はあるか？など日頃より相談しながら、患者・家族にとって最善の対応が出来るように努めています。



Q5. 小規模多機能ホームで看取るまでどのようにサービス・医療を調整したのでしょうか？

A5. 波並様からの回答



小規模多機能ホームで看取りを行うためには大前提として訪問診療を受けて頂く必要があります。

これは本人やご家族から「在宅で逝きたい」という希望が聞かれた時点で速やかに調整を図っていきます。

そうすることで、訪問診療の Dr や Ns にも「その人」を知って頂くことが出来ます。利用者の状態によっては訪問看護や福祉用具を利用する場合があります。そして、何よりご家族のお力は必須です。

看取りだからといって決して特別なケアを行う訳ではなく、いつもどおりです。

(少しだけケアが繊細になるという感じ。)

出来るだけ、今までと同じように、その人らしい過ごし方が出来るようお支えしていきたいと考えています。