令和元年8月20日　第二回金沢区医療福祉合同研修　グループワークのまとめ

（1Ｇ）

* 癌末期・神経難病の患者さんは早めに紹介してほしい。遅くなると意思確認しにくい（在宅医師）
* 告知されていない方で「長くないと思う」「痩せてきているし、でも家族は言ってくれない」こういう場合、患者はどう過ごしたら良いのか（在宅看護師）
* 日中独居または独居のケースや、家族との関係性が良くない場合。医療や福祉の連携でサポート体制を整えてあれば支えられる（サ責）
* 退院カンファ時、在宅は無理という病院医師がいた。サービスの種類や地域性を知ってもらうことが良いのでは（サ責）

（2Ｇ）

* 連絡ノートの活用。全職種・家族誰でも書けるようにしておく。体調・食事・排泄・尿量・会話・皮膚状態などなんでも共有している（サ責）
* 次がなさそうでも「また来ますね」と伝えて帰る（サ責）
* 救急で来る方は入院したい（病院にいたい）方だと判断（病院看護師）
* 退院の障害になっているのは医師かも。自宅で何ができるか知らないので止めているところはある。今は研修医の時に在宅医と同行するなど在宅の現場を見るようになってきている。若い医師は変わってきている（病院医師）
* 最後に救急搬送は悪いことではない。それまでの間良い時間を過ごせて良かったと思う（ＭＳＷ）
* 救急搬送されて来たら何もしないわけにはいかない。救急隊も何もしないわけにはいかないことはある（病院医師）
* 退院できるか病院側が迷っているときにはケアマネを退院カンファに呼んでほしい。退院後に何ができるのか提案できます（ＣＭ）
* 救急搬送になっても、自宅で過ごせたことを良く思えるようにみんながなってくれると良いと思う。アンケートでも残念に思っている人が多かったので（2Ｇまとめ）

（3Ｇ）

* 在宅のイメージが病院にいる間はわかりにくい。退院前にスムーズに説明、受け止めが出来ていると良いが（在宅医師）
* 本人・家族の受け止めと医師の考えがずれていると感じることがある（ＣＭ）
* 本人・家族がどうしていきたいか、詰めていく時間が少ない（病院看護師）
* 初回、家族には予後や流れを説明している。本人とは関係づくりをする中で誰が本人に話すかを決める（在宅医師）
* 緩和ケア病棟の面接をしておくことで安心し、最期まで在宅で看ることができた方がいた（サ責）
* 説明よりも本人・家族の気持ちを聞き出すことが大事。一般的な考えと専門職の認識にズレがあるように感じる（主ＣＭ）
* 毎日行かないと不安な人、毎日来られると不安な人がいる（在宅医師）
* まだ元気だと「なんで看護師さんに来てもらわないといけないの？」と言われる（ＣＭ）
* 病院入院中に治療していたのに在宅に帰るとスパッと切られてしまうと感じてしまう。ぎりぎりではなく通院中から関われていると関係性が作れる。できないと突っ込んで聞けない（在宅看護師）
* 本人のやりたいことを聞いて計画していく。これができると素晴らしい支援ができる（主ＣＭ）
* ＣＶを抜いて、行きたかった劇場に行った方がいた（病院看護師）
* ヘルパーさんからの連絡が様子が一番わかる（在宅看護師）
* 訪問診療と訪問介護の連携が少ない（病院看護師）

（4Ｇ）

* 包括に相談があった時点で本人から「まだ大丈夫、必要ない」と言われてしまうとケアマネにつなげられない。本人の意志決定は待つしかないので一番困る（主ＣＭ）
* ヘルパーだとできることが限られてしまうが、家族から望まれることが多い。医師に聞いてください、はハードルが高いので訪問看護に聞いてくださいと答える（サ責）
* ケアマネから、本人・家族が訪問診療の受け入れができるか確認し、どういった形で家で過ごすのか、各々の考え方のズレを最小限にするためにも担当者会議で確認したほうが良い（在宅医師）
* 看取ることも大事だが、看取ったあとも大切である。デスカンファの必要性（在宅医師）
* 「病院は安心して死ねる場所」と本人ではなく家族がそう思っているのかもしれない。
* 担当者会議で共通認識を作っておく。関わっている人の不安が解消することで的確なケアができる（4Ｇまとめ）

（5Ｇ）

* 意志決定について。家で看取るとは、自宅で冷たくなっているかもしれないこと。それでも大丈夫か確認。
* 家族の意見が割れた時にはキーパーソンを優先する。本人が判断できるならそれが一番。
* 病院の医師が在宅を知らない「こんな状態で帰せるの？」と言ってしまう医師もいる。現場を知っている専門職の助言、サポートが必要。
* 症状のコントロールについて。悪化する前に医師に投げかけてほしい。問題は本人なのか家族なのか。夜心配で眠れない家族もいる。すべてユニットとして見ている。
* 大きな問題に「お金」がある。在宅と病院どちらが安いのか？病院側が退院の調整をするので在宅でいくらくらいかかるのかわかりにくい（病院医師）
* 医師をコントロールするコツ「〇〇（本人）がこうしたいと言っている」本人がどう思っているか伝えること。
* ＨＨは家族、本人に一番近いところにいると思う（サ責）
* 選べる時代になっている。重くなったら来て、良くなったら帰ることが出来る。緩和ケア病棟はすべて個室で20床あり、最初の二週間は一日15,000円、それ以降は無料となる。
* 金沢区在宅医療相談室に、本人に合った在宅医師の相談ができる。在宅医師と訪問看護師の相性もある。
* 薬剤師としても、タイムリーに情報共有できると予測もでき、麻薬の用意をしておくことが出来る（麻薬は在庫管理が難しい）
* ターミナル期の口腔ケアについて。金額は一割負担で3,000円、重度障害、難病の方は無料となる。本人が美味しいと感じられる間に、早く関わりたい。家族が「やってあげたい」という気持ちが大切。「日常をやり続けること」の思い。本人にとっても気持ち良いしさっぱりする。
* 在宅看取りを決めていたのに、救急搬送したことに対して悪かったと考えず「それまで良い時間だった」と思えるように関わってほしい。

（6Ｇ）

* メンタル面を話してもらえる看護師でいたい。「いつでも呼んで。電話して」と声かけしている（訪問看護師）
* 看取りの理解について、本人・家族が話し合うことが大事。また周囲は本人の考え方を知っておくのが大事（病院医師）
* コミュニケーションをとることが大事。何ができるか考える（サ責）
* 家族は永遠に続くのではないかと思ってしまうが、癌は月単位で変わることを医師から説明しておくことが大切。
* 点滴について。予後1～2か月の方には基本的には点滴しない。しても予後は変わらない。面談の際に話している。「栄養、点滴取れないと体力が落ちる」という家族に対しては「病気が進んで体力が落ちているんですよ」と伝える。この状態で点滴をすると浮腫みや腹水が溜まり、本人がつらいだけ。「輸液のガイドライン」に会話の事例まで載っているので見てほしい（病院医師）

（7Ｇ）

* 医師との接点や、疾患によりかかわり方が違う。介護力や役割を見極めることが大切（ＣＭ）
* 痰吸引について、本人は在宅を希望していても家族が出来ない、受け入れ側の覚悟がないと在宅は難しい（ＣＭ）
* 看取り期の歯科は応急処置的。口腔内のケアができると呼吸が楽になる。
* 状態悪化に対する関わり。スピードを持って対応（福祉用具などの調整）介護力の確認など（ＣＭ）
* ケアマネの意見と提案をする（訪問看護師）
* お金の問題、必要でも入れられないことがある（ＣＭ）
* 在宅無理な状態でも本人「帰りたい」場合。介護力等ではなく医学的な観点でのリスク伝え、それでも在宅希望あれば尊重する。判断は主治医がする。

（8Ｇ）

* 意向確認について。「もしも手帳」を安定期のうちに書けそうな方に配っている（訪問看護師）
* 退院支援時に活用していこうという案が出ている（ＭＳＷ）
* 在宅での看取り意向の確認について。訪問時に意向確認するが家族間で意見が違うことを感じる。
* 誰から本人に伝えるのが一番良いかを考える。本音を誰になら言えるか。
* 訪問の医師がいるときに、訪問看護やケアマネが同席できるとベスト。
* 嚥下障害がある方を退院支援でどうつなげるか？→耳鼻科＆歯科医での評価ができるのでまずは在宅医療相談室に相談を。経口摂取でない方のケアも行っている（嚥下チーム始動している）
* 本人・家族が安心できるイメージをどう作っていけるか。混乱期に情報共有していける

かが大切。本人の「帰りたい」を支える（8Ｇまとめ）

（9Ｇ）

* 事前にどうなっても良いように話し合っておく「意思決定は何度変わっても良いんだよ」と伝える。
* 緩和ケア病棟を申し込んでおくのも良い（訪問看護師）
* 回復期は多いが、ターミナル期に呼ばれることは少ない。病院で口腔ケアをしていて、その続きで呼ばれる（歯科医）
* 看取り期の口腔ケアについて。放射線で痛みがある口腔に対し、痛くないケアを。
* 乾燥を防ぐようにスプレーしながらケアする。
* ケアマネから質問「義歯合わず、肉好きな方が看取り期を迎えた。いつまでなら義歯を作ってもらえたか？」→本人が美味しいと感じられる時。例として「寿司が食べたい」という方なら口が開けば可能。すぐに対応できる歯科医師を探したいなら、在宅医療相談室に相談を！
* 在宅に戻ってから、病院で禁止されていた食べ物（好きな酒とか）をあげても良いのか？

（10Ｇ）

* 病院から在宅に帰る際、特に男性介護者は不安が多いが、最期自宅で看取ったときには「良かった」という思いがあるようだった（ＣＭ）
* 家族より、たまに来た親戚の判断で救急搬送になることあり。事前に家族にきちんと緊急時の説明を行うと良い。在宅医師から説明あると一番良い。
* 自宅に帰っても、病院に戻ることが出来ることを伝える（病院看護師）
* 自宅で看取るつもりだったが、家族からやはり病院が安心だと意見が出て悩んだケースについて。本人にとって何が一番の選択かということを考える（ＣＭ）
* 麻薬を使うことになった時、家族としては悩んでしまう（最後に使う薬と認識しており使用に躊躇する）
* 緩和ケアへの移行について。治療に希望を持っている患者さんの移行は困難。
* 看取り期は痛みのコントロールと家族のサポートを中心に行っていく。精神的なサポートの重要性。声かけとして「家族の選択は本人の希望」ということを伝えて行く（訪問看護師）
* 途中で意志確認は必要。高齢者だと特に途中変更に遠慮があるため、支援者側からその都度確認する（訪問看護師）
* 独居の方の看取りについて。医師も交えて、最期どうしたいか話し合いを行った。本人幸せだったと思う（ＣＭ）
* 歯科医の関わりについて。食事が摂れなくなると訪問看護では手が回らなくなるため歯科衛生士の派遣を依頼することあり。介護保険で月4回まで。

（11Ｇ）

* チームでケアすることの重要性と先読みの重要性がわかった（家族の前を行って誘導してあげること）
* 病院と在宅関係者のイメージの摺り合わせが大切。
* 麻薬について。取扱いが許可制なので非常に困難、オーダーのタイミングと手に入るタイミングが合わない。不良在庫が増える。主治医が先読みしてくれていると良い（薬剤師）
* 麻薬の取り扱いについて、やっている薬局は使命感でやっている。薬局のリストを整理したが完全ではない（薬剤師）
* 看取りについて、家族の不安感。最期まで看られるかわからない→変わっても良い、と助言することで最後までできたケースあり（ＣＭ）
* 看取りの連携がうまくできることはチームケアの要になるケアマネから発信、ケアマネに窓口集約をする（ＣＭ）
* 家族の不安がケアの中で一番大変。気持ちが変わっても良いという受け止めができることが大切。一番そばにいる家族への支援が最も大切なので寄り添いたい（サ責）
* 慢性の時には眠る時間のコントロールをしていくことで家族支援も同時にできる（訪問看護師）
* 歯科医について　食べられる時に関わりたい。早めに対応したい。義歯の調整はぎりぎりになってもＯＫ（歯科医師）

（12Ｇ）

* 退院までにカンファを一回は行ってもらいたい。情報共有の機会を作りたい。病状の変化の共通認識があれば、フットワークも良くなる（ＣＭ）
* 情報共有シートの活用。
* 医療処置のある方について。在宅に戻っても、状態によっては病院に戻れるようにしてほしい。
* 意向のズレについて。みんなで話し合って情報共有していく。
* 関係性の構築。できていないのに、最期の希望を聞くのは難しい。
* 在宅を選択しても、病院に戻ることが出来ると言われると本人・家族が安心できる。病院側としても戻ってくる可能性があると思っておくこと。
* 在宅医師→薬剤師という流れだと訪問看護も思っている。薬剤師への情報が遅くなってしまう（薬剤師）
* 訪問診療に合わせて情報収集・発信をする。（ＣＭ）
* 入院中に最終段階の意向を確認しておく（病院看護師）

（13Ｇ）

* 在宅での看取りについて、短い期間なら家族にとっても良い時を過ごせる（訪問看護師）
* 長くなると家では大変。ターミナルについて家族が理解していないことがある。最後について意見がまとまっておらず、ＣＭやＨＨ責められたことも。
* 訪問診療との連携について。医師によって連携しやすさに差がある。先生にＦＡＸで情報提供して良いか？
* エンディングノートの活用。死とはどういうことか考える機会にする。
* 退院カンファには在宅の医師が重要。全員参加が望ましい。
* 急変時の対応について再確認する。地域につなげる。

（14Ｇ）

* 重篤になると訪問介護を中止し、家族だけで看たいというケースもあった（サ責）
* 退院前に家族へ吸引の指導をする。食べられない、飲めないとなっても大丈夫と説明を何度も行う（病院看護師）
* 緩和病棟が最後の場と思っている人が多いが、在宅に戻るための機関、症状コントロールする場所（病院看護師）
* 病院は治療するところ、在宅は生活するところ。入院中は本人が病院に合わせるが、退院後は本人の生活に合わせて支援を行うので視点が違う。
* 本人の意向「体力をつけたい」など希望があるときにはかなえてあげたい。達成感を味わってほしい。入院して体力低下、今までできていたことが出来なくなったということがある。入院中もリハが少しでもできると退院後の生活が変わる。またリハスタッフから家族へアドバイスがあると在宅でも続けられる（病院看護師）
* 看取り期にケアに入るのを嫌がるスタッフもいる。その場合、サ責も一緒に入る。（サ責）
* ＨＨが本人・家族に一番近い存在なので苦労が多い。第一発見者になることも多い（サ責）
* 独居で看取り期のケアについて。予測できることを看護師からケアマネやＨＨに伝えておく

（15Ｇ）

* 嚥下機能訓練について。耳鼻科でＶＥ検査ができる医師が金沢区に4人いる？
* 緩和ケア病棟の報酬が変わり、2.3週間で在宅に帰るようになった。
* 新人のためどのタイミングで看取りのことを聞いて良いのかわからない。もしも手帳を活用してみる（ＣＭ）
* デスカンファレンスの必要性について。5分でも話し合えると良い。
* 未告知で良いことはない。
* 声かけについて。退院して数日で亡くなられた方の家族に対し「家に帰ってこられて良かったですね」

（16Ｇ）

* 訪問介護「手早く介護が提供できるので頼ってください」
* 薬剤師が入る時には医師と家族、家族と看護師の関係性が出来上がっており、どのような説明がされているかわからない（薬剤師）
* 麻薬のベースアップなど早めに教えてほしい（薬剤師）