## 「在宅看取りを考える」多職種交流会からみえた課題とできること

※グループワークでの参加者の声をまとめています

R5年12月

長浜米原地域医療支援センター

在宅看取りに関する困りごと・課題の整理	支援者ができること
【利用者のこと(環境含む)】	
☆利用者本人	
・本人が病態や予後を知らない	<ul><li>・インフォームドコンセントをしっかり行う</li><li>・起こりうること、予後などの病状説明</li></ul>
・本人の意向が把握できていない	・元気なうち(安定期)からの人生会議、意向を確認
・本人が最後の医療とケアを考えていない	・エンディングノート、暮らし方ノートの活用 ・もしバナゲームなど啓発資材の活用、住民へのACP啓発
・家族とのつながりがない	・代理決定者の確認と家族内の会話の促進
関係性の問題	・生活状況の確認、共有
介護者の不在、老々介護	・介護力のアセスメント
身寄りがない 独居	・安心できる環境を整える
・サービスの導入を承諾してもらえない	・どう過ごしたいかに合わせたサービスをアピール
・症状コントロールがうまくいかない	・医療者の緩和技術の向上
<b>☆家族</b>	
・本人と家族の意向のずれ	・平時からのチーム内のつながりを強化
・家族間での意見のくいちがい	・チーム内で情報交換、共有、ずれの調整
・家族が看取りに関する知識がない、覚悟がない、イメージできない 経過を理解できない ・本人が在宅を望んでも家族の不安や負担が大きい ・在宅看取りの方向でも救急車をよんだり、病院や施設への選択 となる	<ul><li>・おこりうることやできることの説明(リーフレットの活用)</li><li>・どこまで理解できているか確認</li><li>・連絡先、バックアップ体制を整える</li></ul>
・家族の気持ちのゆらぎ ・家族の介護力、協力体制が整わない	・気持ちの変化を受け止める体制、不安に寄り添う姿勢
・医療依存度が高いと心理的なハードルが上がる	・なるべくシンプルなケアへの検討
<b>☆かかりつけ医</b>	
・かかりつけ医がない	・W主治医(病院医・在宅医)の役割を情報提供 ・ふだんから、かかりつけ医をもつことの推奨
・かかりつけ医が往診できない	・代診システムに期待。地域のモデルチームが増えることをめ
・訪問診療や在宅看取りできる医師の減少	ざす
・家族が在宅医をつけることを拒否	・早期からの関係性を築く
・医療機器・材料の準備の手間	・診療所と相談しやすい体制
・疼痛緩和、麻薬処方されない医院	
☆生活環境	
・急なADL低下の場合の介護サービス調整の不在	・介護保険申請のタイミング、連携

【支援者の看取りの知識やスキルに関すること】	
  ・支援者が具体的な変化をイメージできていない	・看取りの学習会への参加
	・看取りのリーフレットの活用
・医師が症状緩和の方法に悩まれる	・緩和ケア研修への参加
・病院と在宅でできる医療がちがうことの認識ができていない。	・病院と在宅医療のちがいを理解
・病院医療者が在宅看取りを知らない	・在宅医療の知識を職種を問わずに深める
・本人・家族へのコミュニケーションの難しさ	・事例検討会への参加
・本人の思いを聴くことの難しさ	・成功体験の共有
・家族への声かけ	・本人、家族の意向に沿う対応力、コミュニケーション
・家族の不安が強い	・チーム内で知識の差を理解したうえでのコミュニケーション
・金銭面へのフォロー	
・死後の手続きの知識不足	
【多職種連携(コミュニケーション含む)】	
☆情報共有に関すること	1
・共有のタイミングが難しい。	・びわ湖あさがおネットなどの利用の推進
・共有する場がない	・グループライン的な共有方法
・タイムリーに情報共有できないことがある ・チームの中で突っ走る人や置いてけぼりになる人がいる	
・ どこまで伝えたらいいのかわからない	・在宅チームでのカンファレンスの開催、伝達方法
・意見をまとめる人が複数いるとまとまりにくい	
・地域での看看連携の確立ができていない	・チーム内で知識の差を理解したうえでのコミュニケーション
☆ケアマネジャーとしての立ち位置	
・医療に関して、主治医と訪問看護師と話が決まってしまう	
・CM 看護師に任せがちになる	
・医療者の役割が大きく、ケアマネができることで困惑がある。	・ケアマネジャーの役割も大きい。それぞれの立場、役割を理
・ケアマネになって看取りの経験がなく、何をするのかわからな	解する
・がん患者の場合、変化が大きく大変	
・訪問時のタイミングに戸惑う	A IIII IA O O O LO
・どのように生きたいか、聞くタイミングに悩む	・多職種研修への参加 
  ・薬剤師も退院カンファレンスやサービス会議に呼んでほしい	
・医師と話すときにドキドキする	・外来、訪問診療、往診への同席の機会をもつ
・病院のDrとコミュニケーションがとりにくい。相談しにくい	・看取りの方向性を決定、共有しておく
・かかりつけ医のできるところ、できないところがある	・IC後の確認作業と医師へのフィードバック
・いつ電話したらいいか迷う	
☆意思決定支援	
・本人の意思決定の共有がタイムリーに難しい	・ACPの学習会、多職種研修への参加
・聞き出せない	
☆入退院支援に関すること	
・急な退院となることがある	・病院側に連携について、在宅側から伝えていく
・退院時に今後の課題や予測される変化を伝えてほしい	・看取りのリーフレットの活用
・病院側が交流の場について知る機会が少ない	・退院前カンファレンスへの参加
	・多職種研修への参加、研修の発信