

◆ グループワークの課題①

「 Aさんのより良い生活のための多職種連携とは？ 」

◆◆ 意見

・訪問看護指示書が出ている中で、便秘、褥瘡についてのことをよろしく頼むということだと伺った。ドクターの連携ということに関していうと、こういうところを任せるよとなってくるとなかなかそこで相談して、というところまではいかないのが現状だと思う。

・生活のリズムや生活の質を上げる中で、リハビリの人の介入はどうだったのだろうか？体を動かすことで便通がよくなったり、トイレに座ることについても、毎日決まった時間にトイレに行くなどリズムを作っていくとよくなると思う。

・サ高住の条件で難しいかもしれないが、食事の内容はどうだったのか。便通に良い食事の提供をお願いしてみるなど、そういう連携もあるのではないか。

・褥瘡が早く良くなったのは、指導やヘルパーさんが保清を保って下さったからだと思う。

・理学療法士ができることは、福祉用具の提案、クッションを置いたり呼吸の位置などポジショニングや姿勢の提案、車イスの提案、ヘルパーへのケアの提案など。看護師としては、飲んで下剤の種類をみて調整を考えることができる。薬剤師は、この患者が本当にこの薬で良いのか、現状をみながらドクターへ考えを述べるができる。ケアマネは、食事量、生活環境を考慮しプランを検討する。

（訪問看護ステーションえん より）

色々な意見をいただきありがとうございます。お腹の調子を整えるために薬剤師に相談し、整腸剤を出していただくなどしている。しかし、日々の食事から何か良いものがあるかと思っているところ。ヤクルトレディからヤクルトがよいと話を聞き気になっているものの、、試したことのある方がおられたら教えて下さい。

## ◆ グループワークの課題②

「終末期ケアの理想と現実 ギャップを感じたことがありますか？」

### ◆◆ 意見

・本人の意思を尊重し、挿管しないといったACPもされていたので、このケースはうまくいったのではという意見で一致した。週1だと限界もあるのではという意見もあった。

・もっと早い段階で主治医とお話ができていると、何か違うアプローチができていたのではないかと。

・どの職種でも介入しすぎないように、在宅で関わる時には注意している。

・理想と現実のギャップは日々感じておられるが、ギャップは当たり前であり、埋める必要はないのでは。

・終末期に本人家族の気持ちは変化していくもの。はじめは潔いことを言っているけど時間とともに弱音を吐いたりする。そんなときこそ専門職の出番で、本人や家族の気持ちに寄り添っていく。このケースでは本人の思い、家族の思いがぶれなかった。だから皆さんはいろいろ考え、力不足だと思われたのではないかと。十分寄り添い、良い対応をされたと思う。

・病状の見通し、痛み止めの説明については、本人や家族が誰に聞きたいかといった意見もあるかと思うが、一番はドクターが言うべきことで、看護師は本人が感じていることなど橋渡しする役だと思う。

・最終の場所は、がんは心不全や老衰とは違うので、予後を生きていくのは難しいと思う。

・苦痛の緩和の部分に関しては、我慢させすぎたのではないかと。今は良い薬もあるので、もう少し早い段階で投入していればよかったのかなと思う。

・皆さんとても一生懸命されたから余命も伸びたのではないかと。希望的なところでは自宅で過ごしたいという希望を掘り下げて、自宅でどう過ごしたかかを聞きだすことができていたら、本人の目標となり希望や意欲につながるような関わりになったのでは。意欲が出ればアドレナリンも出て痛みにも効いたかもしれない。看護師として出来るアドバイスは薬が毒だという受け止め方に対する説明だと思う。

・できるだけ苦痛が少ない状態で終末期を迎えることが理想。老老介護で負担軽減を目指して関わっておられたが、ここまで介護できたという満足感を家族に持ってもらうような関わり方が必要だったのではないかと。家族は家で終末期を迎える事を希望されていたが、サービスが支援しきれず病院で亡くなられたとのことで、もう少し地域のサービスが増えれば良いと思う。

・皆さんに後悔が残らなければ良いと思う。あとから、あれをしておけば良かったなど出てくるようであれば改善しなければいけないが…。告知に関しても、医者と患者関係はできていたと思うので死期をぼかしていても本人は感じ取っていたのではないかと。亡くなってから主治医と話して後悔してもしょうがない。早いうちから話しておけばそれなりに対応でき後悔も少ないのだから。今回の事例はちゃんと対応されているから、自分で自分を責める必要はない。よくできていたのではないかと。