

在宅医療・介護連携推進のための研修会 アンケート結果

資料1-2

部会:ヘルパーネット

場所:安城市市民会館3階 大会議室

日時:令和元年7月10日(水)13:30~

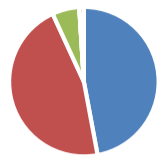
演題:終末期のメンタル支援法(地域で支えるACPとターミナルケアの基本)

講師:堀 涼恵氏(安城更生病院 がん専門看護師)

※研修会の参加者 112名 アンケート回収 102名(回収率 91.07%)

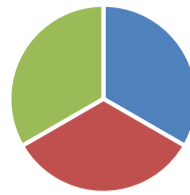
2.職種		2.所属	
職種	人数	所属	人数
医師会部会	1	病院部会	6
歯科医師	0	医師会部会	3
薬剤師	0	歯科医師会部会	0
看護師	20	薬剤師部会	0
保健師	4	施設部会	7
理学療法士	1	デイネット部会	2
作業療法士	0	ヘルパーネット部会	14
言語聴覚士	0	訪問看護ネットワーク部会	10
栄養士・管理栄養士	0	訪問リハ部会	1
歯科衛生士	0	ケアマネ部会	45
MSW	2	グループホーム部会	1
社会福祉士	2	小規模多機能部会	0
(訪問)介護業	18	町内会/民生委員等	0
(通所)介護業	0	保健福祉部会	7
(施設)介護業	1	その他・諸事業所・行政等	2
(所属未回答)介護業	0	未回答	4
ケアマネージャー	52		
その他	1		
未回答	0		
合計	102	合計	102

3.研修の反応



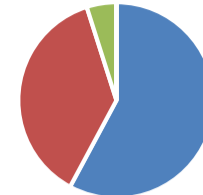
- 1 わかりやすい 47%
- 2 まあまあわかりやすい 46%
- 3 どちらでもない 5%
- 4 あまりよく分からない 0%

4.満足度



- 1 満足 47%
- 2 まあ満足 46%
- 3 どちらでもない 5%

5.今後活かせるか



- 1 活かせる 59%
- 2 部分的に活かせる 37%
- 3 どちらでもない 4%
- 4 あまり活かさない 0%
- 5 全く活かさない 0%
- 0 未回答 0%

4. 終末期への対応について、今後さらに知りたい内容、現状で困難を感じていること

- 在宅でのACP
- 多数事例
- 終末期、状態変化の区分変更。要介護1だと困ることがある。
- リビングウィル 事前指示書の有効性
- がん末期で家族には余命告知しているが本人には知らされておらず対応に温度差があり難しい。体調が悪い為、現在は入院中だが、在宅に戻る可能性あり、アドバイスありますか？
- 退院カンファレンスの時から病棟で聞き取っていることも教えてもらえるといい。「病院だと看護婦さんすぐ呼べるのに」と言われるとごめんなさいしか言えない。
- 麻薬の最新情報・使い方(内服・注射・貼り薬) ・病院主治医での終末期の方の受診タイミング
- 生死学というようなジャンルをどこかで見たのですが、介護の分野の中にあるようですが興味があります。
- 「スピリチュアルペインに向き合うのが辛い」家族への言葉かけや具体的な支援をどうしたらよいか？
- ACPはプロセスですが在宅でのACP内容が病院内でどのように引き継がれた、在宅へフィードバックされるのか？
- 一人暮らしであっても自宅で過ごしていくにはどうすればよいか？
- 麻薬コントロール 本人の気持ちを無くさないようにするコントロールの仕方
- 家族への支援 金銭面等思いがあっても中々支援できないケース。実際にサービス調整等が難しい
- 訪問介護として自宅で看取りする方の家族へのサポート方法と困った時の対応について
- 在宅で過ごす方にとって通所介護ができること
- がんの場合余命や重度レベルについて本人様が知らないこともあるのでその場合何をどう対応すればよいのか知りたい
- がん末期患者、家族が病院依存度の高い方の支援の難しさ ACP行われず在宅、短期間で他界 ターミナルケアの難しさ
- 本人、家族の相談窓口の充実、カウンセリングはどこまで行ってもらえるのか、いつから行ってもらえるのか
- 在宅におけるターミナルケアを実現させる為、医療や看護サポートが中心で動いてくれますがケアマネとしての働きかけや支援内容は連携と情報共有等、家族支援の他に何が必要ですか？
- 痛みに対して家族の精神的苦痛の緩和ケア
- 家族より余命を言いたくないと希望あり、本人への余命が知らされていない利用者への緩和ケア(今後どう生活・最期を迎えていきたいのか話をするのが難しい)
- 終末期の判断が難しい方のACPの時期、介入の仕方について(ACPを実施するタイミングが難しい)
- 本人は在宅での看取りを希望しているが家族はそこまで勇気や時間が持てない時のコントロールの仕方
- がん末期で在宅で看れない時に家へ帰されてしまう時はどうしていけばいいのか？
- 終末期ではじっくり関わる時間が取れず看取ることがあり、サービスを当てがって終わってしまったという印象になってしまうことが多い。時間が取れない中でケアマネがどのように関わっていけばいいのか悩む
- 家族の中で終末期の対応で意見が合わない時に困りました。(本人意志表示できない状態)結局何も協力できない娘様の意見が尊重され、延命(気切・胃瘻)され、介護者(お嫁様)がとても苦労されました。
- 治療終了で退院となり、病院の事情で自宅に帰るしかないケースの場合(他2件同様)
- 時間がないこと(家族・本人の受容においてなく説明にも時間があること。本人に受容がないため何を1番にするのか決定が難しい)。
- 主治医との連携ができていなくて患者さんへの病状説明が不十分のために終末期の対応ができない場合がある。
- 落ち込んでいる家族に対して声掛けしづらい。ACPの記録(病院内)はどのように行っていますか？(定型はありますか？)
- 地域で人生をどう暮らしていくかの延長で最後をどう向かえるかを家族を話し合える機会を繰り返し持つことを大切にできないかと思う。いざ死を意識する程身体が弱っていると返って話にくく、このテーマ自体嫌がられるようなことがある。

5.今後行って欲しい研修など

- 死に対しての心のケア、言葉かけのポイントについて学べる機会があれば参加したい。
- 障害サービスについてや介護保険サービスとの併用例について
- ケースカンファレンス事例検討会(在宅後の看取りケース・看取れなかったケース)
- 精神を病んでいる方のケアについて

6. ご意見・ご感想等

- 終末期の患者様に起きること、家族に起きることについての知識から心理的サポートの在り方まで幅広い内容でお話し頂けて勉強になりました。患者様らしく、そして家族らしく最期の時を迎える為に思いに寄りそい丁寧に話を聴けるよう心掛けていこうと改めて感じました。
- 訪問介護なので医療的なことはできませんが、少しでも終末期を過ごして頂くうえで気持ちの面で支えていきたいと思いました。
- 本人、家族と話し合い在宅看取りを選んで、本人、家族もある程度満足や納得ができたという体験談を届けられると考えてみたい人も地域で増えるのではないかと。
- 安城は在宅看取りのサポート医がどのくらい対応できるのか、相談は余命宣告されるような段階までできないのか
- やや早口だったので聞き取りにくいところがありました。ありがとうございます。(他1件)
- パンフレットを活用し、家族に対して心のケアをしていけたらいいなと思いました。
- 内容にボリュームがあり、短時間で少し残念。もう少し深く掘り下げればと思いました。
- 大変勉強になりました。今後業務に活かしていきたいと思えます。(他同様1件)
- 専門看護師との連携が今後できるようになればと思います。
- 細やかな具体的な声掛けなどを例をあげて下さりわかりやすかったです。ありがとうございます。
- 「これからの過ごし方について」のパンフレットはすぐにも利用できます。ありがとうございます。
- とてもためになりました。(複数あり)
- 利用者様と医療的関わり方をすることや終末期の方とまだ関わったことはありませんがご本人やご家族との関係づくりに活かしていきたいと思えます。
- 大事なことです。また実施して下さい。
- 貴重な研修を受けることができとてもよかったです。
- 終末期の方の身体的・心理的状況やそれらに対する対応の仕方がよくわかりました。包括で終末期の方と関わることも多い為、その方とどのように過ごしていくかしっかり話し合い希望に合わせて介護保険サービスに繋げていきたい。
- ACPの大切さが今日の研修で学ぶことができました。ありがとうございます。
- 実際の事例をあげてもらいたかった、病棟と在宅の連携も知りたかった。
- 疼痛や呼吸に対するケアで改めて気づかされる内容もあり、活かしていきたい。
- 色々な人生の最期のケアの研修を受けるが実践が難しい。個別性があるからこそ難しいと思うので研修を受けてまた頑張ろうと思えます。
- ターミナルケアはおそろおそろ接することが多い。話すときはなるべく本人がどうしたいか聞きながら少しでも楽しい時間となるように努力していきたいと思えます。
- グループワークでの自由討論だと話やすいのではないかと。
- 今までの中で早く知り得たかった内容でした。ありがとうございます。

