

第2回 多職種連携合同会議参加者内訳



■職種別(合計:103名)

歯科医	2名
医師	5名
看護師・保健師	29名
相談員・社会福祉士・ケアマネージャー	33名
薬剤師	9名

事務	9名
介護職員	8名
理学療法士	4名
管理栄養士	2名
その他	2名

■事業内容別(合計:103名)

医療コンサルタント	1名
介護付有料老人ホーム等	7名
行政	2名
介護支援	6名
歯科	3名
社会福祉協議会	2名
小規模多機能型老人ホーム	3名
診療所	10名
デイサービス	10名

地域包括支援センター	5名
調剤薬局	8名
特別養護老人ホーム	10名
病院	19名
訪問看護・介護	13名
老人保健施設	2名
北海道歯科衛生士会	1名
福祉用具販売	1名

【アンケート主な意見】

- 看取りへの体験者が少ないことがあり、少しビックリしました。
人が死ぬことを、少しでも多くの人に伝えたいと思いました。
- 看取りについてとても良い機会をいただきました。
これからも参加にさせて頂きます。
- 様々な視点からの内容でとてもわかりやすかったです。
施設に戻って参加できなかったスタッフにも伝え、改めて看取りについて皆で考えたいと思います。
- いろんな人々に聞いてもらえる場がもっとあって欲しいと思いました。
- 今、看取りに取り組んでいますが、スタッフ間の意識がバラバラな為、定期的なカンファレンスをし、スタッフ間のすり合わせをして意識を統一していきたい。
- 講演がとても素晴らしかった。
- 講演をして下さった小嶋先生と一緒に働きたい。
- 今後もタッピーねっとの活動に期待している。

お知らせ

第3回多職種連携合同会議(案内)

(1)開催時期 2月18日(火曜日) 18:30~20:00

(2)会 場 財団法人伏古記念会館(東区伏古7条2丁目8-15 電話 011-781-1645)

(3)内 容 ◆全体のテーマ／「看取りについて」

◆講演

- ・演題名／「家族と地域を支える～いのちをつなぐ看取り援助～」
- ・講 師／特別養護老人ホーム ハピネスあだち(東京都足立区) 施設長 小川 利久氏

◆看取り体験グループワーク

- ・テーマ ①施設内・在宅事業所間において看取りについて、多職種間での死生観を醸成するためには
- ②看取り時期における家族との信頼関係を構築するためには
- ③家族の看取りについての「気持ちの揺れ」に対応するためには

タッピーねっと通信

2014.1

vol.5

〈札幌市東区東部地区在宅医療連携協議会〉

発行先:札幌市東区東部地区在宅医療連携協議会 事務局:医療法人社団 豊生会 東苗穂病院

代表 星野 豊 あいさつ



◎新年のあいさつ

あけましておめでとうございます。本年も地域包括ケア体制推進のために「タッピーねっと」の活動にご支援どうぞよろしくお願ひいたします。

第2回 多職種連携合同会議あいさつ

みなさん、こんばんは。もう数日で11月が終わります。今年初めての大雪の中、このように沢山の皆様にご参加いただきありがとうございます。

8月23日、今年度第1回目の「多職種連携合同会議」を、栄町ファミリークリニック院長松田諭先生に「家庭医療の進化と深化～地域でいきいきと、安心して暮らすためのネットワークづくり～」と題して講演をいただきました。ワールドカフェ方式で行い、気軽な雰囲気で楽しく有意義なとともによい会でした。本日は、「人が死ぬときはどうなるの?」というテーマで、医療法人済仁会 手稲家庭医療クリニック 院長 小嶋 一

先生にご講演をお願いしております。普段気が付かない日からうろこが出るようなお話を聞けると思いますので、皆さんで共有しましょう。先日、札幌市主催、札幌市医師会共催で「在宅医療推進に必要な連携とは?」をテーマに、全市の意見交換会がありました。上田市長、松家医師会長からの挨拶もあり、行政もいよいよ動き出してくれたと感じました。松戸市の あおぞら診療所院長 川越先生の講演がありました。ここは、在宅医療連携拠点事業を先駆的に行っている所であり、一步も二歩も進んでいりました。

本日のタッピーねっとも、出来ることから行っていかなければならぬと思いました。どうぞよろしくお願ひいたします。

講演 「人が死ぬときはどうなるの?」

医療法人済仁会
手稲家庭医療クリニック院長 小嶋 一 先生

<小嶋先生プロフィール>

- 九州大学医学部卒業
- 米国家庭医療専門医
- 米国ピツツバーグ大学家庭医療科 Faculty Development フェロー



2013年11月28日、医療法人済仁会 手稲家庭医療クリニック 院長 小嶋 一 先生より、「人が死ぬときはどうなるの?」と題して講演をいただき、その後、「自分の施設で看取るときに問題になることと、解決策を考えよう」をテーマにグループワークを行いました。

講演では、人間が死に至る病態生理を概説し、在宅や施設が多いと思われる「肺炎」「認知症の進行」および「癌」を具体例として取り上げました。その他に在宅で死に至る前段階(リスク因子、きっかけとなるイベント)として風邪、褥瘡、転倒、腰痛などの痛み、Polypharmacy(多数の内服薬)を一つ一つ説明していただきました。

また認知症進行期などで自然な経過として摂食量が減少する場合の対処の仕方、食べられなくなることの理由などについて、最後に在宅や施設で看取る際に必要となる条件、問題点と、役に立つ資料としてOPTIM「これから過ごし方」を紹介し、具体的な対処の方法について解説していただきました。

(中面へ続く)

講演 「人が死ぬときはどうなるの?」

●小嶋先生には、講演後、グループワークの進行についてもお願いし、参加者の意見のとりまとめ、分析まですべてお世話になりました。ありがとうございます。以下に小嶋先生がまとめられた内容を記載させて頂きます。

●グループワーク

多職種の16グループ(6人程度)に分かれ、「施設での看取りを行うにあたり問題となること」を思いつくままに挙げていただきました。それをグループでカテゴリーに分けて、各グループ1つだけポイントを絞り解決策を検討していただきました。議論していただく時間が非常に限られた中で、あっという間に会場が熱気を帯びて皆さんが熱心に議論している様子を見てタッピーネットに参加されている皆さんの熱意を感じました。

検討していただいた問題点と解決策は様々なものがありました。家族の看取りに対する不安、看取りに対応する看護師にかかる負担、知識や経験の不足、病院信仰などなど。

それに対する解決策も非常に具体的で実践的なものでした。たとえば「同職種からの話は実感が湧くので、同職種間での話し合いの場を作りたい」「疑似体験をしてもらうことで自信をつけてもらう」といったようなものがありました。

●グループワークで挙げられ施設看取りでの問題点の分析

今回のグループワークで出していただいたすべての問題点を持ち帰り、一度すべて文字に起こした後、私たちが事前に想定していた8つのカテゴリーのうち、当てはまるすべてのものをそれぞれの言葉にタグ付けを行いました。その結果、多かったものを順に列挙します。

それぞれの項目はお互いに影響を与えるはずです。私たちが事前に行った議論のマインドマップをご覧下さい。

1位:経験の少なさ(知識、不安、技術) 85回
2位:患者-医療者コミュニケーション 56回
3位:家族の価値観 55回
4位:連携・チームワーク・コミュニケーション 54回
5位:施設職員の意欲 18回
6位:医師・看護師の意欲 12回
7位:施設の看取り方針 9回
8位:看取り文化の未成熟 7回

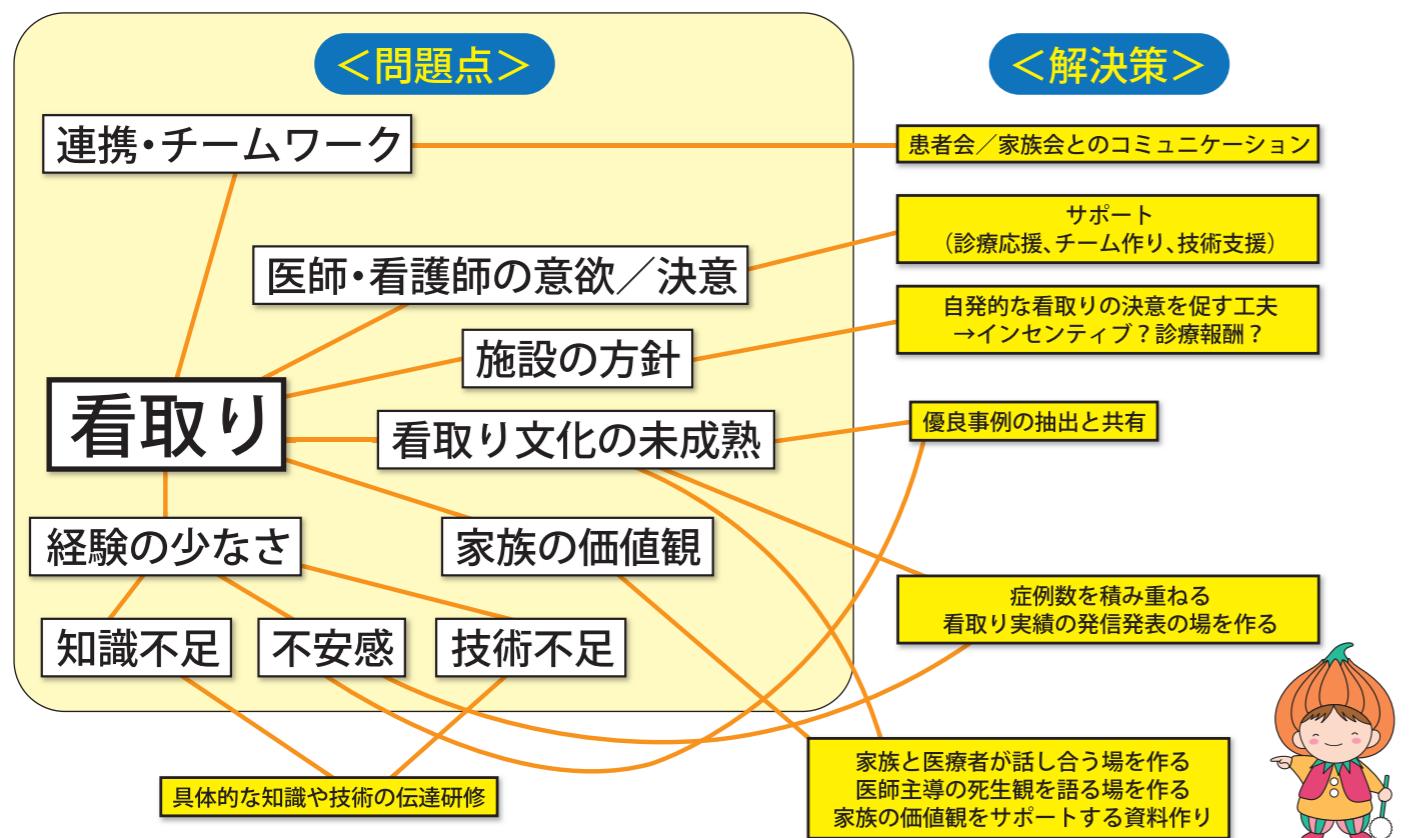


図1:施設看取りに対する問題点と解決策

医療法人済仁会 手稲家庭医療クリニック院長 小嶋 一 先生

●それぞれの問題点や解決策について解説します。

①「経験の少なさ(知識、不安、技術)」

問題点として非常に数多く挙げられています。経験の少なさ、というのは「看取りに対する知識や技術の不足」という側面と、感情的な「看取りに対する医療者側の不安」の側面がある。解決策としては、知識や技術の不足については伝達講習／研修を行うことになります。医師会や看護協会など各種団体から講師を派遣してもらい、定期的な開催ができます。問題は「看取りに対する医療者側の不安」を解消するための解決策で、これには万全策はありません。不安感の元は経験不足／技術不足があり、また看取りという問題そのものの重さがあります。できる限り不安という気持ちの原因や感じている感情を言語化することが不安感を必要以上に大きく感じなくなるためには必要です。一つ一つの症例を重ね、それを振り返る機会が大切になります。またその振り返りの方法も吟味されなくてはなりません。振り返りを共有する、という意味では学びの多かった症例を蓄積し、誰もが振り返りの材料として利用できる形でまとめておくことも良いと考えています。地域ごとに冊子にしてみるとか、発表会を行うなど古典的な方法ですが地道に続ける必要があります。



②「患者-医療者コミュニケーション」

施設職員としてどのように患者・患者家族に伝えていいか分からない、患者-医療者間で考えを共有できているかどうか分からない」といった意見が非常に多く見受けられました。コミュニケーションに関しては経験・不安からくる要素が大きいと考えられ、職種ごとにロールプレイを通して伝え方を学び、容態や厳しい現状を説明する疑似体験をしてもらうことは良い解決策になるのではないでしょうか。患者会、家族会など医療・介護を受ける側から直接どのような点について医療・介護提供者に対して物足りないと感じているのかを聞き取る機会も必要でしょう。お互いに何が必要かを考えながら歩み寄るような関係があれば良いのではないかでしょうか。施設側が不安に思っていること、できないことがきちんと患者・家族側と共有できているか、なかなか確認する機会も多くないのかと思います。「うちではなかなか対応できない」という抽象的な言葉ではなく、「うちの職員は看取りの経験が少なく、何かあったときの対応に不安を感じている。ご家族のご理解と協力が必要になる場面が多くなると思うが、一緒に看取りに向かって頑張ってもらえるだろうか」というような形で前向きに取り組むことが今後は現実的になるのではないでしょうか。



③「家族の価値観」

家族の覚悟、家族のサポートの問題、家族内での意見の不一致などが挙げられました。家族の考え方、医療者/施設側での考えが初めからきちんと一致することはむしろ珍しく、何回も患者・家族と話し合うことで意



見のすり寄せ、意見の一致を図ることができていくと感じます。救急病院を受診するような容態が急変した際に初めてこのような点を家族が話し合うことがないように、普段から患者・家族の考えを日頃から汲み取る機会を作る、価値観をサポートする、死生観を形成する機会を作つておきたいものです。入所する際や、誕生日というのは良いきっかけになるのではないかでしょうか。家族の中でも方針の違うことは良くあることだと思います。「そういうことは家族の中で良く話し合って下さい」という丸投げが通用しないことも、現場の皆さんは良く経験されていることでしょう。医療介護者は意見の違う家族のまとめ役となることも時には必要です。本当はその主導権を握るのは医師や看護師であるべきだと思います。そこには医学的な判断や今後の見通しをシビアに伝える必要がありますし、その点を曖昧にしたままの大事な方針決定というのはあり得ないと思います。日程の調整や場の設定などできる範囲は施設側で準備し、医師や看護師が十分に家族と話し合うことに集中できるようお膳立てをすることがとても良いサポートになると考えます。



④「連携・チームワーク・コミュニケーション」

「連携・チームワーク・コミュニケーション」も問題点として挙げた方が多かった項目です。施設と担当医師とのやり取りが一番問題の多いところではないかと推測します(苦笑)。医師は本当に連携し難い職種であると言うのは、我ながら反論ができません…。医師を交えようとするとたんにスケジュール調整が難しくなったりしますし、他職種からなかなか医師に「そこはちょっと違うんだけどな~」と思う点を指摘できなかったりしがちです。医師の側からお話をすると、「医師の性善説を信じて欲しい」という点に尽きるかと思います。勘違いなこと、現場に合わないことを指示する医師は悪意を持って、もしくは医学的に正しいことが最善であるという独善に陥っているとは限りません。多くの場合は「ただよく事情を知らない」だけだと感じています。ですので、(まあ現実的には医師のプライドを傷つけないような配慮も必要なのでしょうか)それとなく医師に現場の苦労や、現場の人たちが難しいと考えている点を伝えられるようになるとすばらしいと思います。



以上たくさんの課題がありますが、少しでも現場の皆さんの看取りに対する取組みにお役に立てれば幸いです。直接ご質問のある方はぜひ手稲家庭医療クリニックまでご連絡ください。