

問1 本人の意向に沿った支援をするためにサービス提供者として **自身が行っていること 大切にしていること** を教えてください

NO	入退院支援
1	①一時的に入院での精査加療の力を借りるが、また自宅へ戻ってくるので、、、というシナリオを患者・家族・主治医側の共通認識になれるよう、十分な説明をする。②帰ってきた際にも、多職種連携での支援による不安は不要であることをしっかりと説明する。
2	退院後にそれまでの意向に変化がないか確認
3	本人が希望していることと家族の意向に寄り添うことを大切にしています。
4	基本的には、意思決定支援ガイドラインに基づき、本人の判断能力の評価に応じて本人・親族・本人に関わりのある関係者から意向確認をするようにしている。また、医療機関という特性から入院後の一時的な判断能力低下である可能性等も加味し、多職種から認知機能低下の評価が出ていても、直接確認するように心がけ、あくまでも本人意向を尊重できる体制を大切にしている。
5	利用者の考え、したいこと
6	ご本人の他ご家族やKPの意向も確認する。
7	本人の思いと支援者の思いを把握して、意向が一致しない時は、それぞれがそれなりに納得できる方法を提案できるようにする。医療について、理解が難しい内容がある場合は、分かりやすい表現で伝えられるようにする。
8	現状の正確な情報共有
9	入退院いずれの場合も情報の齟齬が生じないように、窓口になる方はできるだけひとりに絞る。
10	看護サマリーを読んで状態像・生活状況の把握
11	退院時カンファレンスの場で注意する事として、病院から優先される指示が生活に沿うかを見極めるようにし、その場で確認するようにしています。医療処置や内服、環境、支援できる家族等、そして本人の希望を確認し今後の治療が生活上で継続されることを目指します。入院される場合も、出来るだけ生活が分かるように伝えていくようにしています。
12	自宅での様子等、病院に情報提供を速やかに行う
13	病院のリハスタッフに入院前のADLを伝える。退院時にはこれが出来ないと困る、家の環境などを伝えスムーズに在宅生活に移行できるようにする。
14	情報の提供
15	入院時は施設での心身状況を詳細でわかりやすく病院・家族に伝え、入院中も本人の状態を病院・家族との連絡を行っている。
16	入院時：入院後（予め入院が分かっていたら必要に応じて入院前）、速やかに医療相談員に電話連絡し、連携シート送付したい、退院支援に向けて情報共有をしたい旨を伝えていきます。入院の際には、家族の不安にも耳を傾け、退院後のイメージを共有（予後予測が可能な場合、予測不可能な場合、改めて介護力の確認、在宅での療養希望の有無等）をし、必要に応じて、連携シートの情報に加えて医療相談員に伝えていきます。 退院時：退院時は入院中から情報共有していた医療相談員を中心に、必要に応じて、病院看護師、病院リハ職等からも可能な限り直接情報収集するように努めています（詳細を確認したい場合に）。情報を収集した内容から退院後、必要なサービスの有無、変更等がないかを話し合い、サービスの調整を図るようにしています。
17	在宅と医療との橋渡しが必要。趣味趣向など本人らしさを尊重できるように本人の代弁することが必要
18	入院：病状や障害像だけでなく、生活環境やご本人が大切にしていることなどを伝えるようにしています。 退院：退院後にできるだけスムーズに在宅生活を開始できるように情報収集すること、早めに介入し必要な環境を整えることをしています。

問1 本人の意向に沿った支援をするためにサービス提供者として **自身が行っていること 大切にしていること** を教えてください

NO	日常の療養支援
1	安心して薬を服用できる環境づくり（方法・提案）
2	①訪問診療での当然必要な診療行為に加え、とにかく色々な雑談（昔話、戦争時の話、趣味、本人やご家族のキャラ等）をする。 ②また、とにかく安心してもらいたいので、いろんな形で見守っている、気軽に相談して欲しい等の声かけ。 ③雑談の中で（難しく重たい会話の中ではなく）患者さん本人の人生最期のこだわりや生き様、こうあって欲しいという希望や悩みをナチュラルな形で聞き出す。（単に質問して答えを聞き出すスタイルではなく、会話を楽しむ流れの中で聞き出すイメージを目指す）
3	今、困っていること。不安に思っていることを聞いて、寄り添うこと。
4	患者への寄り添い方
5	今解決すべき事への提案などを伝えることと、長い目で見た希望などに向けての必要なことなどの提案をする
6	家族の意向に引っ張られがちになるところを本人の意向を引き出せるように心がけています。
7	療養支援については、ご本人と家族、双方の意見を確認する様にしています。意見の相違や、隔たりがある場合等は客観的な視点に立つため、サービス事業所へ連絡、サービスの利用状況、変化がないか、評価依頼等をし、統合・解釈するようにしています。主観のみならず、客観的に把握できるように努めています。
8	結果がどうあれ、本人、ご家族の意向を尊重し続けること。
9	ご本人の他ご家族やKPの意向も確認する。
10	本人の希望していることに家族とサービスとして支援ができるかを考えて対応しています。
11	本人の意向を把握するため、話をよく聞く
12	入院時に確認していた意向も、状態によっては入院中に変わることもある事を前提に、意向の変化は流動的であるという前提のもと関わるようにし、本人の不安に合わせて社会資源等の適切な情報共有を心がけている。
13	利用者と一緒に考える場
14	療養生活で困りごとがないか、どんなふうにご過ごしたいか等、率直に聞き出したり、日常会話の中から聞き取るようにしている。
15	日々の何気ない会話を大切に、困っていることだけでなく、したいことにも耳を傾けるようにしています。したいことが実現できると、ご本人も自信を持って、いろんな思いを話してくれと感じています。
16	訪問時の何気ない会話が全てアセスメント、そこで得た本人の意向をまずはケアマネと共有するようにしています。
17	ご本人様・ご家族様へ正確な情報の提供
18	現状の機能を最大限生かせる食支援の提示 無理の無いケア
19	情報の提供 ご家族等身の回りの世話をする方とのコミュニケーション
20	食事量の低下がみられる場合は、本人の好きなものを家族に依頼するなど、その方の生活ペースを大事に個々に支援を行うよう心掛けている

問1 本人の意向に沿った支援をするためにサービス提供者として **自身が行っていること 大切にしていること** を教えてください

NO	急変時の対応
1	本人と介護者の意向の確認。
2	事前に本人の意向を聞いているが、最終的に家族の意向を確認して対応している。
3	身寄りなく本人の意思疎通が困難な場合、意思決定支援ガイドラインに基づき、本人に関わりのあった担当者から速やかに意向につながる情報がないか確認させて頂くよう心掛け、極力本人の意向に沿った支援ができるよう意識している。
4	利用者の希望の手助け
5	普段より家族との意思を確認し、急変時の対応についても個々の対応を職員がわかるようにしている。
6	素早い対応
7	自由権と生存権の双方に配慮した上で意思決定支援を行なう。
8	もしもの時にどうしたいかの意思確認を日常的な会話の中で聞き取り、関わっている多職種でリアルタイムで共有、更新する
9	主治医、ケアマネへの連絡
10	訪問されている先生に連絡する
11	ご家族へ今後の支援について、予想できる範囲内で想定していけるよう情報提供を行う。
12	急変時の対応について、急変の可能性が予測できる場合については予め助言（救急搬送。ファーストコールの確認等）しております。不測の事態については、その場の状況で対応するしかありませんが、速やかに対応できるよう、初回面談の際にご家族の連絡先（可能であれば2～3人の電話番号）を伺い、家族と連絡取りながら、状況に合わせた対応をするように努めております。また、携帯電話を常に携帯している事や、ご利用者様の情報を確認できる端末機器は常備しています。
13	想定された範疇の状況である、よって心配はあまりする必要はないですよ、とご家族によく声をかけてあげる。（当然本人にも十分な説明と安心を提供）
14	医師との連携。うまく医師に伝えられない利用者、家族については、架け橋となるような支援を心がけます。
15	早さ

問1 本人の意向に沿った支援をするためにサービス提供者として **自身が行っていること 大切にしていること** を教えてください

NO	看取り
1	看取りについては家族との連絡を密にとり、本人家族にもできるだけ心残りが無いよう支援している。
2	家族の細かい気持ちの部分は出来るだけ介護職や看護師に伝え、スタッフ全体が同じ方向でケアができるよう努めている。
3	(ご本人の意思、ご家族様のご意向に沿った) 事前の環境調整、意思や意向が変更した場合にスムーズに移行できるようにする。
4	意向は変化するものとして、繰り返しどんなふうに暮らしたいかを確認する。
5	本人の意向と家族の意向を確認している。
6	ご本人、ご家族が望む事、何に不安を感じるか等を聴取し、各サービス事業所と情報を共有し、必要な制度やサービス等を適切なタイミングで提案できるように心がけております。
7	ご希望があれば安らかな呼吸の為の口腔ケア
8	本人、家族の時間(暮らし)を重点に置き、関わります。 状態が変化していく中でも、伴走しながら必要な支援を一緒に考えていくようにしています。
9	その方のもつ個別の「自分らしさ」を支援する姿勢。
10	平時より、死をタブー視せず最期について話題に出し、状況をみて深掘もします。一度きりではなく、何度も話題にします。話をすることで本人や家族の気持ちも固まっていきます。
11	①ご家族がご本人に成り代わってどのような人生を過ごせたか、最期の段階で納得感があつたかをさりげなく聞く。②また、私自身が長年の訪問診療での主治医だった場合、主治医側からの患者様像の生き様や思い出話をご家族に色々話してあげる(=いわゆる思い出話)。
12	在宅でのお看取りをご希望の時にはご本人ご家族もめまぐるしい変化に出来るだけ対応していけるよう福祉用具の提案や身体の動かし方、ケアの方法などを提案する
13	振り返りが必要と考えておりデスカンファを実践し始めている。ACPをどの場面でだれが確認したのかどのように揺らぎ変わっていったか、在宅から病院あるいはその逆のパターンでどのように看取られたのかを共有する場面は、とても重要なことと思います。このプロセスを経て、次の支援に活かしていくことにもなり、関わった支援者のケアにもなると思う。ACPを一般化していくためには、支援者が経験を積んで学びを深めていくことが大切だと思う。