

令和2年度 多様な新ニーズに対応する 「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プラン インテンシブコースセミナー

日時: 2020年9月6日(日) 9:30~11:00

場所: 兵庫県立大学 看護学研究科遠隔講義室(Zoom)

テーマ: 看護の臨床における現象を読み解く-認知症とがん-「認知症ステージア
プローチに基づく看護実践」

講師: 高見 美保先生(兵庫県立大学 看護学研究科 教授)

受講者: 119名

アンケート回収:105名(回収率 88.2%)

主催: 兵庫県立大学看護学研究科 多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人
材(がんプロフェッショナル)」養成プラン代表 内布敦子

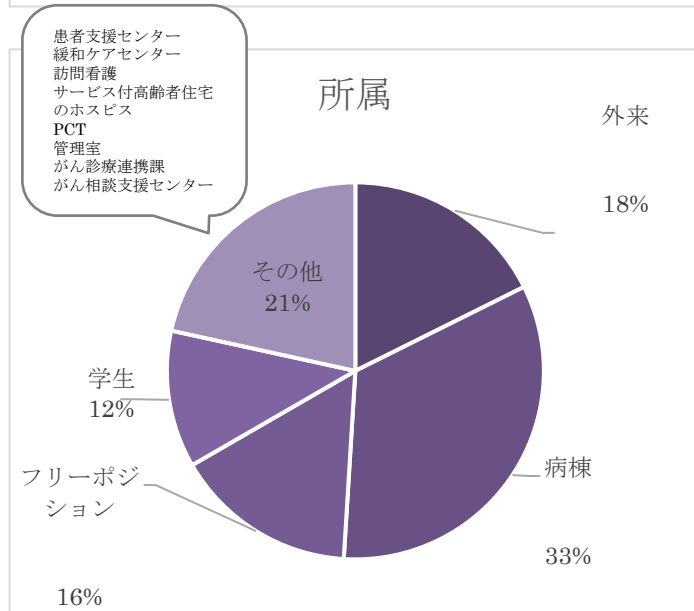
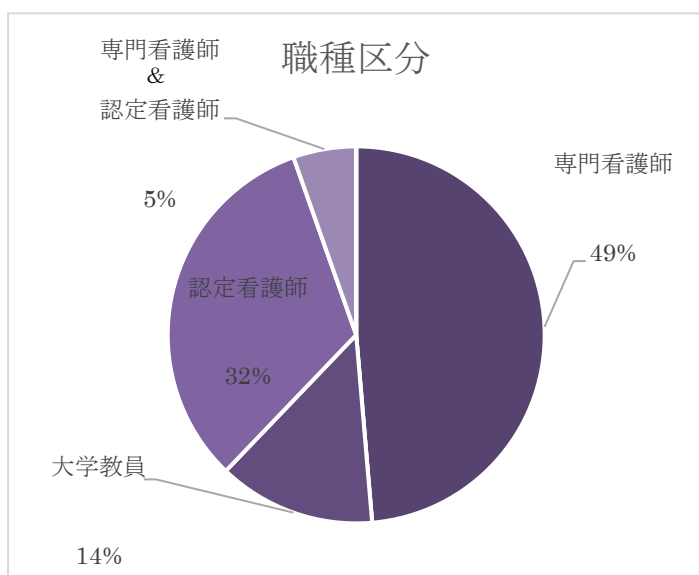
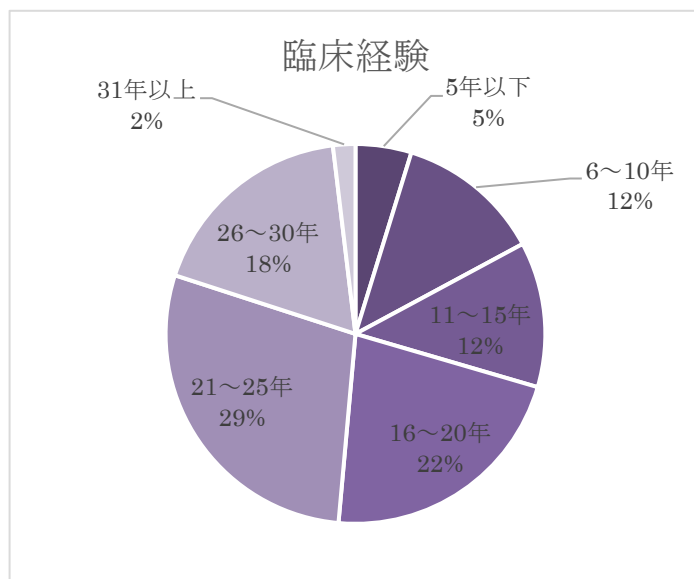
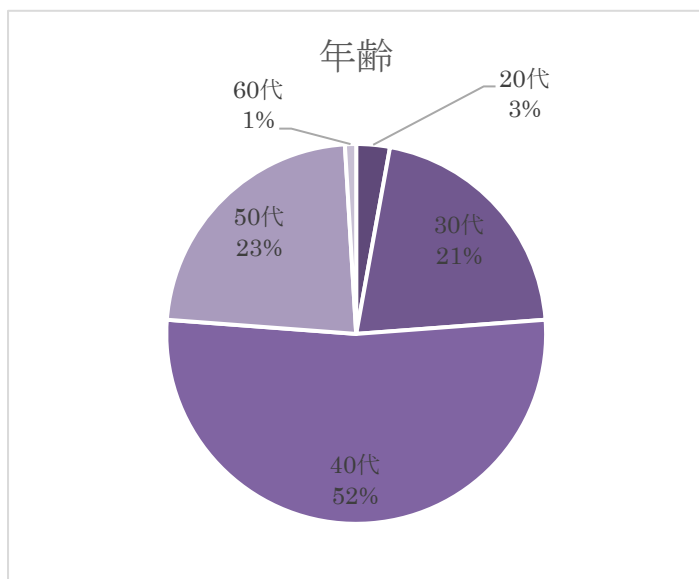


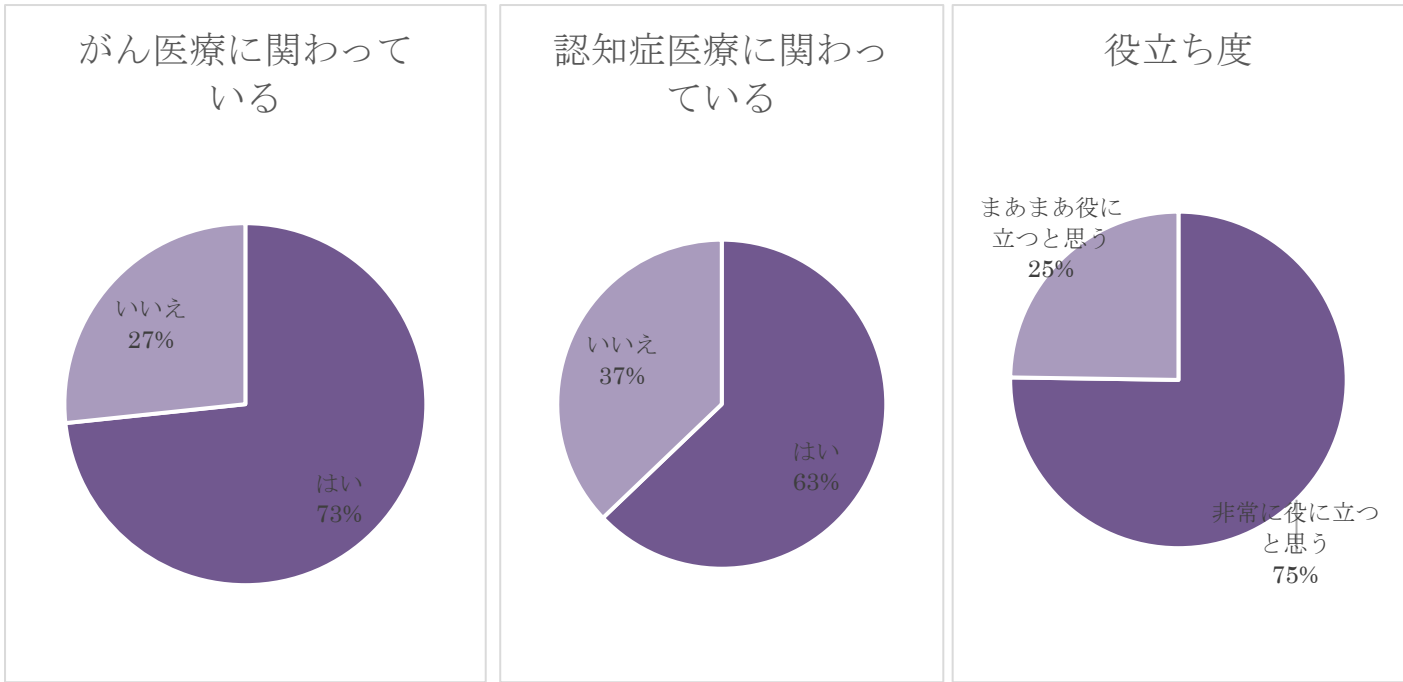
<概要>

兵庫県立大学 高見 美保先生から、「認知症ステージアプローチに基づく看護実践」として、認知症の基本的な知識、ステージごとに必要なアプローチについて具体的な例を交えながら、症状評価の難しさ、意思決定支援のポイントなどについてご講演いただきました。最後にがん治療を受ける認知症の人と家族介護者に関わる際、何を大切にケアに当たるべきかについて参加者でディスカッションを行い、例えば意思決定の難しさ、家族へのサポートなど、看護師としてできること、配慮すべきことなどについて理解を深めました。

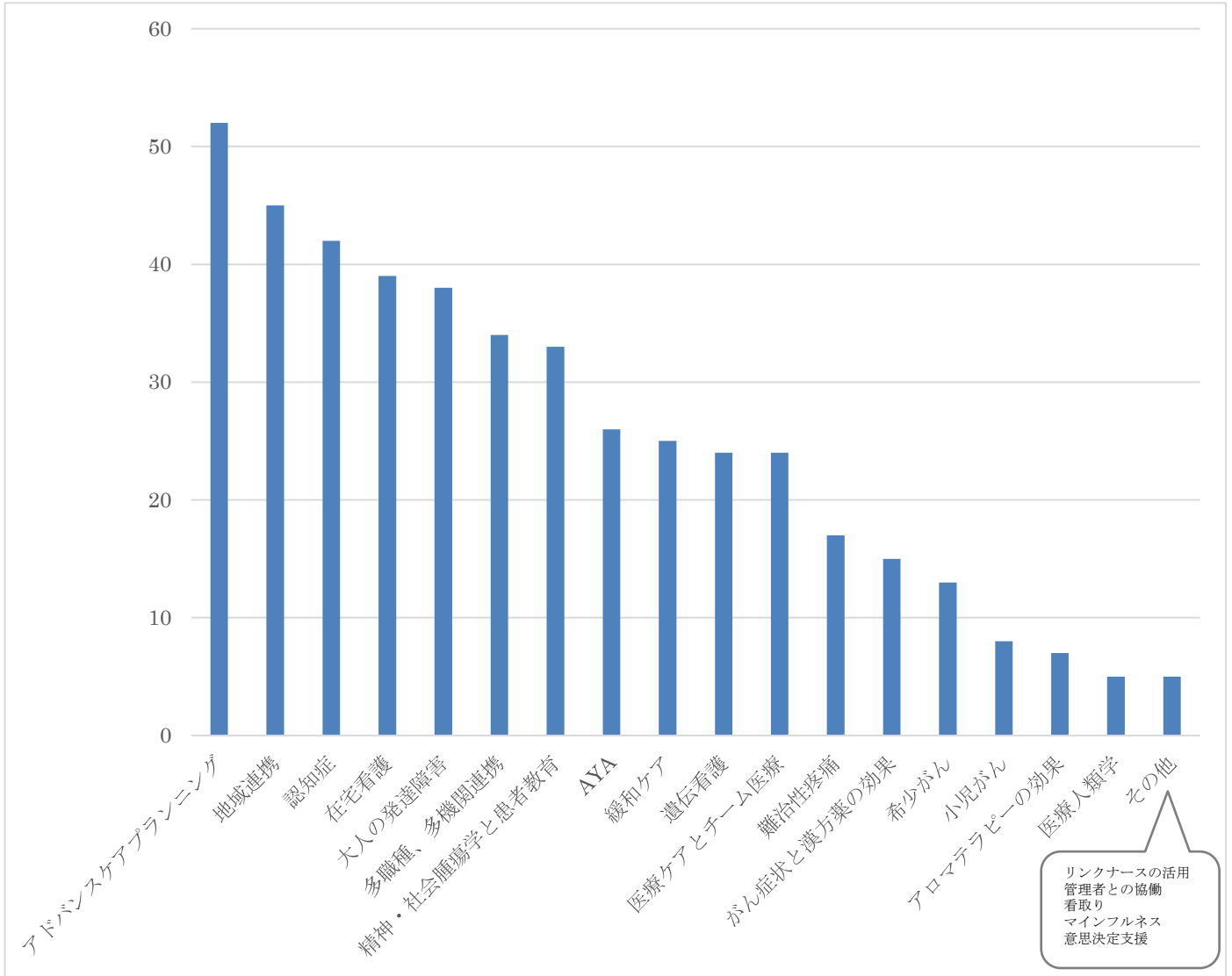
<アンケート結果>

●参加者について





●今後、セミナーに期待するテーマ



●参加者からのコメントより

▼今回のセミナーで、あなたが感じたこと、印象に残ったことがあれば自由にお書きください。

認知症の知識の重要性

- ・ 認知症の特徴についていかに知識不足だったかがわかりました
- ・ 認知症について、改めて知識が整理できた
- ・ 認知症を有するがん患者さんの痛みや苦痛症状をとらえるために必要な新たな知見を得ることができました。ありがとうございました。
- ・ 認知症患者さんの「身体を整えていく」という視点がとても勉強になりました。
- ・ 今年は、研修なども少なく 知識を得ること 情報交換することが、大切だと改めて感じました。
- ・ 時間が短かったです、濃厚でした。もっと自身の学習を深めなければと、実感致しました。有難うございました。
- ・ がん化学療法認定看護師のため、本来は参加資格ではなかったのですが、参加させて頂き勉強になりました。関わるうえで大切なこと、個人差があることなど特徴は理解できました。これを、基本苦痛を伴い、治癒はできない延命目的、効果も副作用も不確実な治療である抗がん剤治療をするかしないかを決める場面にはジレンマを抱くことが多々ある現状のスタッフとも共有したいと思いました。
- ・ 認知症の経過と、その経過に応じた対処の詳細を聞くことができてよかった
- ・ 若年性認知症の方の体験
- ・ 若年性アルツハイマー型認知症患者の体験が、インパクトがあった
- ・ 認知症についての基本的なことを理解していなかったことに気づきました。特に「認知症のステージ別のアプローチ」「認知症を抱える人の体験」にはハッとさせられるところがありました。GW でも具体的な実践を聴くことができたので今後のケアの参考になりました。
- ・ 認知症の病気や病態より意識してかわりたいです。

意思決定支援

- ・ 意思決定能力の尺度。
- ・ 認知料のステージアプローチを見ながら、今後予測される様々な症状を考えながら意思決定に役立てたいと思いました。
- ・ 認知症患者の意思決定支援について検討できた
- ・ 意思決定や痛みの評価について詳しく学びたいと思った
- ・ 普段でも意思決定支援について考えさせられますが、認知症を有する人だと 更に情報収集・アセスメントをし、工夫して(認知機能に合わせて)告知や治療方針を決めていかなければいけないとあらためて感じました。
- ・ 意思決定は、その時々、その方の譲れない部分は残せるよう介入しているつもりですが、長期記憶が保たれない方など

BPSD(認知症の周辺症状)

- ・ 中核症状に関しては専門的治療が必要ですが、BPSDの原因となるストレスに対して、看護ケアとして出来ることを考えていきたいと思いました。
- ・ なんとなくですが、認知症のステージがある事や基礎疾患が関わってくることは知っていたのですが、BPSDも認知症の患者みんなに起こることだと思っていたので、認知症の正しい理解が出来てとても学びになりました。
- ・ 中核症状と、BPSDの判断によって、対応やケアも変わってくることを知り、患者さんをよく知ることから看護ケアで出来ることを考えていきたいと改めて思いました。ありがとうございました。
- ・ 認知症患者さんへの不安の軽減は入院生活の BPSD の予防やせん妄の予防になると思います。不安の軽減はケアで介入できると思いますが、なかなか人手不足と多忙さからそれができない現状があり、日々ジレンマを抱えています。

- ・ 認知症の中等度が、BPSD がおこりやすい。また、重度だからといって放っておくのではなく、ADL と栄養をしっかりとすることがだいじであること。
- ・ ” 認知症患者を詰所に連れてくること ” はよくないとは認識していましたが、その根拠まで理解はしていませんでした。夕方～夜間に出現する BPSD へのケアについても同様です。根拠やモデルを理解することが、各個人に合わせた個別的なケアを考慮していく基になることを再認識しました。
- ・ がん高齢者患者の不安に目を向けそこに関わることの大切さを再認識できました。また、家族へもそういった説明を入院前から行うことで入院後に BPSD やせん妄が生じた時にも家族の不安も軽減で切ると考えられました。
- ・ BPSD を引き起こす原因として、ストレスの刺激閾値に目を向けた考え方、そこで看護がどうかカバーしていくのか。
- ・ 近年認知症か否か、年齢は関係なくがんの手術が行われるようになりました。個々の認知症状を理解するためのチームのアセスメント力を高めて BPSD が表れてから慌てないようにしたいです。
- ・ BPSD で困っていると相談を受けることが多く、安易に薬のアドバイスを求められます。その人のいわんとすることを分かってもらうかかわりで、その人のニーズを把握して対応するよう伝えていますが、今回、具体的に昼あたりから関わる必要があると聞き、そこでどうかかわるかがその後に影響すると分かりました。明日から、実践しようと思います。
- ・ この度高見先生の講義をうけ、とてもわかりやすかったです。普段自分が考えながら行っている看護について、言語化して伝える力が必要なことを強く感じました。BPSD が出現するメカニズムについて、認知症の方の知覚刺激が午後にかけて蓄積されるお話は新たな知識でもとても参考になりました。また、痛みについては癌の分野だけではないので日常の看護場面において参考になりました。
- ・ 認知症のステージングを理解することで、患者に起きている障害の内容や必要なケアがことになってくるのが分かった。中等度のときに、BPSD が起こりやすいことを知っている、アプローチが異なると感じた。

ケア

- ・ ストレス刺激閾値漸次低下モデルの結果に伴い昼前からのケアが必要との内容で、理屈にあった今の看護現場でのケアスケジュールに合わない現状である。上記の内容からケアの必要な時間帯にケア提供者が休憩をとるなどの業務スケジュールにずっと疑問を持っていました。そして、現場スタッフ、看護管理者等がどれだけ理解をしているかと感じ印象に残りました。
- ・ 認知症の方は、感情はあってもストレス閾値が下がり正常な行動がおれ無くなっていくことや認知症のタイプによって症状や特徴が異なることを学びました。その方の行動や言動のみに着目するのではなく、それを引き起こす素因や背景を考えながらケアにあたるのが大切だと感じました。
- ・ 認知症看護認定看護師で病棟スタッフとして働いていますが、まだまだ認知症患者さんの観察とケア計画が不十分だと反省しました。また、なかなか現場スタッフや医者の認識が変わらないことにモヤモヤしていましたが、講義の中で高見先生の言葉の一つ一つが、すごく分かりやすく、キーワードとして印象に残るものがありました。私自身も他人に何かを伝えていく力をもっとつけなければと思いました。
- ・ 丁寧な講義ありがとうございました。その内容に基づいてグループワークが出来ました。認知症のある方抜きで治療方針が決められる現状も報告されました。また、認知症の方に嘘も方便とケアに用いている現状に疑問の声も上がりました。考えるきっかけとなったと思います。
- ・ 予防のケアの中に取り入れていきたい。
- ・ あらためて認知症の正しい理解、患者さんを包括的に理解しケアすることの大切さについて再考する機会となりました。
- ・ 紹介されたモデルにより、認知症の人へのケアのポイント（いつ、どのようなことに留意して観察・ケア介入するとその人の安楽につながる可能性が高いか）の理解が深まった。
- ・ 認知症患者の看護では、患者の観察や日常生活援助など看護の基本的な部分を丁寧に行うことが重要だと実感しました。またこのことは、現在の急性期病院ではどんどん難しくなっている部分でもあると感じました。
- ・ これまでも患者さんのご自宅での過ごし方や習慣など情報収集し、ご家族の協力をいただきながら対応してまいりましたが、日中の過ごし方を多忙な病棟看護師とどのようにプランニングしていくか、改め

て課題に感じました。

- ・院内デイを開催していますが、病棟看護師は、患者さんが落ち着かない午後から夕方に開催してほしい（誰かに見てもらいたい）というニーズがあり、午後には開催していましたが、午前中に生活を整えることが大切なんだと知りました。コロナが落ち着いたら、開催時間を検討してみます。
- ・ステージアプローチを踏まえて、目の前の患者を見て、患者の治療やケアを考えること。
- ・認知症ケアの基本が改めて理解できた
- ・研究データに基づいたエビデンスのあるケアに提唱です。
- ・午前中に実施するケアの重要性が改めて学習できました。

患者理解

- ・認知症を併せもつがん患者さんの経過や体験を知り、看護師としてどのようにアプローチしたらよいかを学ぶことができました。
- ・認知症のがん患者へのアプローチを考えることができた
- ・これまでの臨床でできていなかったこととして認知症の症状や認知機能の評価が不十分で、ご本人を理解するためにもっと関わる必要があったと感じました
- ・主に家族の意向で治療が進んでいるように思われ、患者さんの意向に沿っているのか気になっていた。
- ・認知症の方が話せる環境にしてあげること
- ・症状評価方法など新たな知見を得られた
- ・まず、一つめに、認知症ステージにおいて、どの時期にいるのかという視点、紹介されていた“認知症を抱える人の体験”から質問攻めにしない、その人のコミュニケーション・チャンネルにあわせることが印象的でした。二つ目に、認知症は身体疾患により影響を受けるという視点から患者の血管性危険因子をチェックしていくことが大切でありケアの視点が変わり効果的になるのではないかと考えることが印象的でした。
- ・認知症状のある患者の怒りの感情に対してストレスに対する閾値に達する前に対処することが出来れば、ゆとりをもって患者の感情に接近できそうです。
- ・認知症患者とがん未告知が現場では当たり前になって、家族の意向で抗がん治療が進められてしまっているのが、治療開始前、治療中において患者さんの生活や本人らしさが保てているのかヒアリングしていくことの大切さを改めて実感しました。
- ・認知症患者の生活を整える必要性を、モデルを使って説明してもらったことで理解は深まりました。
- ・認知症患者のことをより深く理解することに近づけたと思います。病態の影響で症状体験に個人差が出てしまうことは新たな発見でした。認知症と診断されている方々だけではないのですが、症状により認知症のステージを予測して対応を検討することも根拠づけてできると思いました。
- ・痛みを感じる前にケア介入する事も大切だと学びました。
- ・認知症の患者さんの発する言葉には受け取る側の捉えにくさはあっても、意味を持っているということを改めて認識することができました。
- ・認知症を患っているその人のストレス要因を減らし、受け取りやすい伝え方を知ることが大切。困る、難しい、出来ないと思っていたスタッフにも、一人一人丁寧に関わっていく大切さを伝えたい。

痛みへの理解

- ・がんに関わっていない分、痛みについてあまり深く考えることがなかったことに気づきました。
- ・苦痛症状の評価について、伝達経路・認知・情動反応のどこにその人の問題があるのかを考えて評価するというのが、目の前の具象を分析する際にとても参考になると思いました。
- ・痛みの3のkeyと生活を繋げて考えていくこと。
- ・痛みの評価を、神経伝達経路、認知機能、情動反応の3点から、評価することの重要性が印象に残りました。特に神経伝達経路という点は普段の看護の中で見落としがちである視点だったと反省しました。
- ・痛みの理解の3つのKeyを疼痛コントロールに取り入れたい。

- ・病棟勤務を5年間経験しましたが、不穏増強したら「一旦ナースステーションへ」という場面は、確かに患者本人にはマイナスになっていたとは思いますが、不穏が大声で他患者からもクレームがあった際や時間帯を考慮するとそうせざるを得ない時と思った場面もありました。認知症患者に対して、否定観念を抱きながら勤務する同業者も少ないはない現状もあり、どう様々な意味で改善すべきか改めて考えていかないといけないなと感じました。反面、その特異性からの困難感も痛感しました。実際、大学病院や市中病院から「認知症がひどいから転院」と本来の目的である手術加療が実施されずに、民間病院へ逆転送されたケースも経験したことがあります。超高齢社会の中で、避けられない認知症ケア充実への課題を色々な機能の病院それぞれで考えていくべきだなと思いました。
- ・認知症の原因疾患によって痛みを知覚できなかったり、表現に違いが出ることや他内科系疾患も影響があり、整える必要性があることに驚きました。痛みの評価、意思決定支援へのアプローチに根拠（メカニズムを知ったうえで）を持って看護介入する術を学びました。

アセスメント

- ・痛みの評価。自己のアセスメントのなさを感じたので、学びをもとにマネジメントしたい。
- ・認知症の患者さんの看護には、やはり認知症の程度や具体的な認知の障害内容をアセスメントすることが大事だと改めて感じた。これを踏まえながら、ACP を実践させるための具体的な発信が課題である。
- ・原疾患のコントロールはどうか、身体面のアセスメントが大切であることが印象に残りました。また、認知症を抱える方へ、ストレスを減らすためのケアをすることの重要性を学び、看護としての介入の大切さに気が付きました。今回教えていただいたことを今後活かしていきたいです。
- ・認知症のタイプについて理解すること、基礎疾患についてアセスメントすること、対象者の行動を継続して観察すること、快をもたらずケアを丁寧にを行うこと、午前中のケアがポイントであること（人員配置の検討が必要）、専門チーム（緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、リエゾンチーム等）との連携も重要であること、入院前後の外来でのアセスメントの実施の必要性などでしょうか。
- ・認知症の患者さんのストレスをもっと理解する事。ストレスの解消が出来なくて、更に悪化させる事。
- ・尺度を参考に外来での看護の関わり方のヒントを得た。
- ・レビー小体型とかまでアセスメントできていなかった。症状の特徴があるため、そういうところも大切だと感じた。午後になるとストレスへの刺激に弱くなるという話も納得するところがあった。
- ・認知症を抱える人の体験で、環境、表情をみて苛立ち、苦悩を感じるというお話から、日々の看護記録の中で、患者の発言や行動だけではなく、環境や表情についても記載し、アセスメントすることが必要だと感じました。症状と症状の出現時期、基礎疾患など、多方向からのアセスメントについても今後実践したいと思います。
- ・1. 認知症患者の発する発言に耳を傾ける
 - 発言の背景、患者の世界があることを理解する
 - 現場レベルでは、しっかりと時間を持って対応する
 - そのためには、チームでの協力は欠かせない。時間の確保ができる
 - よう当日予約の状況をチームで協力し、時間が取れるようチーム間で調整を行う
- ・2. 情報の共有
 - スタッフ間での患者の当日の情報を共有する
 - スタッフ間でカンファレンスを行う
- ・3. 家族からの情報
 - 患者だけでなく、家族からの情報や家庭での状況、ちょっとした変化など家族が感じていることを聞く
- ・既往に認知症があるとしても認知症状に目が向きがちであるが、まずは身体状態をどうアセスメントするかが重要。
- ・今回のセミナーで認知症の程度や悪化要因等をアセスメントする事やストレスを出来るだけ取り除けるようケアする事が重要であると学びました。高齢で認知症のある患者さんが増加しており対応に苦慮することが多々ありますが、今回のセミナーで学んだことをスタッフと共有しながら実践していきたいと思います。
- ・認知症の進行段階に応じてアセスメント行う必要もある。

- ・認知症患者の言葉の裏には伝えきれない思いがあり、その思いを多方面からアセスメントする必要がある。
- ・日頃、認知症を伴う高齢がん患者さんを前にすると戸惑い、自分の対応が適切なのかわからず不安に思うことが多くありました。高見先生の講義を受けて、認知症に限らず、高齢者の心身の特徴をおさえること、身体を診ること等の基本を再確認することができました。さらに、認知症ステーションアプローチやストレス刺激閾値モデル等の概念モデルを学ぶことができ、高齢者個々の経過・傾向をふまえたアセスメントと看護実践に活かしていきたいと思いました。
- ・先生の講義は、改めて身体をしっかりアセスメントする必要があると再認識できました。

ツール

- ・PLST のお話が特に勉強になりました。病棟も午前中は忙しく時間が取れないことも多々ありますが、その中でもできることを話し合いながら体制を作っていきたいです。また、紹介していただいたツールもさっそく調べて取り入れていきたいです。とてもたくさんの刺激をいただきました。ありがとうございました。
- ・意思決定のツールは初めて見ましたので、参考になります。
- ・意思決定のアセスメントツールも初めて知りました。
- ・疼痛のツールについてやマックアーサー式治療用同意能力アセスメントツールについて新しいトピックを学べて非常に勉強になった。また、認知症の人の痛みの伝達のどこに障害があるのかを考えるためのエビデンスを得られて、非常に勉強になった。
- ・「認知症における痛み」を理解する key は 3 つあるが、病棟スタッフには評価が難しいのではと感じたため、その辺のフォローが必要だと思った。意思決定能力を確認するためのアセスメントツールがある事を知った。とてもよい学びになった。急なグループワークで話の進め方が難しかった。
- ・認知症患者の意思決定能力を測定するために尺度を導入したほうが、治療方針を選択した根拠と関わる際のポイントが他のスタッフもわかりやすいと思いました。
- ・行動観察尺度や MacCAT のアセスメントツールなどの存在を知らなかったなので、今後参考にしていきたいと思いました。
- ・概論であったので、もう少し意思決定支援等に特化した講義を聴講したかったです。「痛みについて」「意思決定支援」と細かいテーマでシリーズ化していただけると面白いと思いました。

連携、システム構築

- ・看護で環境を整えることの大切さを改めて考えました。忙しい中でもできることを考えていくことが必要だと思います。外来勤務ですが病棟との連携も再考します。
- ・スタッフの困りごとに、少しは根拠を示して説明出来そうです。ありがとうございました。
- ・がんで起こる急激な認知症状の悪化もあるので、日頃から ACP に元気で進めておく必要性を感じた。
- ・認知症の人の視点を、周りの医療従事者にもっと伝えていく必要があると感じました。

Web 形式セミナー

- ・オンラインでのセミナーでしたが、グループでのディスカッションの場が設けられており、有意義なセミナーだったと思います。ありがとうございました。
- ・グループディスカッションで他者の他領域の方の意見を聞いて良かった。
- ・グループワークで外来看護師の方と一緒に、情報共有に関する意見交換や意思決定支援の困難感など話が聞いてよかった。
- ・講義の後半で、グループワークの時間がどうなるのか心配になった。
- ・グループワークの時間が短く、発言の機会はなく、メンバー全員と話し合えず残念だった。
- ・認知症も種類やその方の置かれている状況によって症状の出方が異なることを学ぶ事ができました。また、ディスカッションでは、がんだけでなくそれ以外の現場での現状を聞き知る事ができました。
- ・主に、がん領域で活動しているかた達が どんな不安や苦渋を抱えておられるかが 高見先生の講義やディスカッションで把握できました。

- ・遠隔でのGWは初めてで緊張しましたが、5人くらいだとうまく皆さんの意見が聞けてよかったです
- ・事例検討では、もう少し時間があると効果的なディスカッションができたように思います。

その他

- ・他の参加者も同じ悩みを持っていることに、勇気づけられました。
- ・高見先生の講義が、とても分かり易かったです。ありがとうございました。
- ・貴重な講義をありがとうございました。
- ・自分自身の実践だけでなく、若いスタッフにも是非紹介したい内容だと思いました。ありがとうございました。
- ・考え方、を学ぶことができた。
- ・認知症分野でも定期的に勉強できるシステムが今以上にあればうれしく思います
- ・本日はありがとうございました
- ・認知症の患者に対しては、認知面に焦点を当てがちであったが、認知症の原因となっているかもしれない病気にも目を向ける必要があることを知りました。今後の看護に生かしていきたいと思います。
- ・認知症の進行度やタイプでの対応の違い。訴えられない痛みの受け取り方など。
- ・認知症の基本的知識がメインだったので、がんとの絡みがもう少し聞けたらよかったですと思いました。
- ・レクチャーの時間はもう少し短くてもよい。疼痛評価のキーが大事なことはわかったが、どのようにアセスメントしていくのか具体的に知りたかった。またそれぞれの疼痛緩和方法に違いがあるのかどうかも知りたかった。

▼認知症を持つがん患者の介護において、今最も強く感じている課題をお書きください。

意思決定支援

- ・意思決定支援
- ・意思決定支援が難しい。
- ・意思決定支援、療養環境の調整方法
- ・意思決定診断から、治療、その後に関連した倫理的問題
- ・患者さんへの意思決定はアプローチをどう進めていくか。
- ・意思決定支援の難しさ（患者と家族の意見の相違についてのアプローチ）
- ・認知症があるということで、家族や医療者が中心となって治療や療養場所の意思決定が行われ、本人が置き去りにになっていることが多いのではと思います。
- ・認知機能の低下で発見されたがんだと、何を拠り所に意思決定支援し、評価するのがいいのかわからない。
- ・認知症というだけで意思決定が本人を置き去りにしてしまっている現状を感じる事が多々あります。
- ・患者様より家族の意思が優先されてしまうことがあり、患者様の意思決定支援が課題だと感じます。
- ・治療や療養環境も含めた意思決定。認知症以外の方でも難しいので、より難しい。
- ・外来でがん患者の意思決定支援をするとき、特にケモの場合、家族が今後予測されることを理解してもらうことが難しいことがあります。治療を開始してもらえばなんとかなるという感じで、今は生活ができていてたとしても、有害事情によりリスクが高くなることのイメージを持ってもらえませんかというか、聞く気がないということがあります。外来でのケモを行ううえでなかなか難しい課題です。
- ・がん治療において、ICの時の認知症の方の意思のくみ方が難しい。意思決定が難しければ家族の代理意思決定が手段であるが、意思決定の可否を評価されていない事例が多いことが懸念される。家族が介護するのだけれど多職種で支援したら意思決定が変化するのではないかと思うが。
- ・意思決定支援がきちんとされているのか。医師と家族中心に進められていないか、患者の気持ちが置き去りにされていないか。

- ・私は整形外科病棟に勤務しているのでがん患者さんと多くは接したことがないですが、整形外科の手術を受けるにあたっては本人の意思より、家族の意思が優先されている場面が多いので。認知症患者さんの意思決定支援や尊厳については大切な課題だと思います。
- ・意思決定と治療の中断。病棟では、治療することを前提に入院しているため、どのような過程や背景で治療の選択に至ったのかということをしちんと確認できていなかった。本人の意志が確認されているのか、理解度の把握が十分ではない。
- ・認知症の人が意思決定する時にかかる時間と労力を多職種と共に捻出すること。
- ・意思決定支援です。通常理解力の方でも病気の話や治療の話は難しいと思うので、こちらが意思決定能力のどのあたりが不足しているのかを把握して、そこを補うようなサポートが必要だと思います。また、がん医療では意思決定の連続なので、その都度本人だけでなく家族とも一緒に相談できるような設定を行い、本人も家族も後悔のないよう意思決定できればと思います。
- ・がんの治療とそれに伴う意思決定の多くは現在、外来で行われているので、短時間の関わりの中で患者さんの認知機能を適切に把握し、患者さんの症状の評価と緩和を行い、意思決定能力を高めていくのかは大きな課題だと思いました。ある程度、効果的に行うには高齢者機能評価などの導入を検討するべきかなど、今後の課題を考えることができました
- ・また認知症高齢者と関係性を築くまもなく手術、ケモとなる場合も少なくないため、外来と連携して意思決定や理解度の情報を共有していく必要がある。
- ・意思決定ができず、治療が家族の意向になっているのが気になっています。認知症があっても治療の機会はあるべきと思いますが、治療のつらさや効果を充分理解できず、治療をうけることが少なくなるにはどうすればいいかと思っています
- ・意思決定支援が難しいと感じています。つい本人ではなく、家族の意思を尊重する傾向にあります。本人が分かるような説明がなされるように、医師や他職種と連携することが必要だと考えてます。
- ・抗がん剤治療は侵襲のある治療を継続していく必要があるため、開始時のみならず治療過程において患者さんの治療への意向を確認していくことが必要なのですが、ご本人の理解や意向を捉えていくことの難しさを感じています。治療導入や中断において、チームでカンファレンスを行っていますが、「本当にこれで患者の意向を反映できているのだろうか」という不安があります。
- ・本人の望まない療養生活等、意思決定が家族にゆだねられて、色々な利権や利害によって人生の最終段階が左右されてしまうことが大いにしてある事。
- ・高齢化やがん医療の高度化が進むなか、認知症を持つがん患者の意思決定支援、アドボカシーについて事前に当人や関係する家族との話し合いが適切な時期になされていないことが問題だと日々感じております。医療者も含め、意思決定のプロセスを共有していくことが重要ではないかと考えています。
- ・患者の意思を推定すること、家族の意向を聞くこと、それらを総合して、患者にとっての最善を選択できるようにすること。
- ・認知症とひとくくりするのではなく、一人一人と丁寧に関わって意思決定を支えていきたい。
- ・講義内容にもあったように認知症患者の意思決定支援の難しさを感じています。自分の意思を思うように表現できにくく、周りからも捉えにくい状態であることを理解して認知症患者さんが何を伝えようとしているのか見落とさないように関わっていく事が重要であり課題であると考えます。
- ・がん患者の意思決定の場面は何度もあるが、外来診療の場では、点での関わりとなることが多いので、ケアに繋げていくことの難しさを感じている。特に、認知症の方は、その人の価値観等を知るのに時間を要するため、より難しさがあると感じている。また、関わりの難しさから看護師の葛藤にも繋がっている場合もある。
- ・認知症高齢者は、自分の治療方針を自分で決定できない、と思っている医療従事者がとても多いということです。このことは、治療の決定、療養先の決定、症状マネジメントをどうしていくのかなど、がん患者さんをサポートする上で重要となる全ての意思決定に関わって来ると感じています。現場でよく、治療方針決定が難しいと相談されますが、「じゃあご本人は今をどう思っているのか聞いてみましょう」と提案すると、不思議な顔だったり、はっとした顔をするスタッフがほとんどです。誰が主語であり、主体の治療なのかということ、医療従事者の中に浸透させることが大きな課題だと感じています。
- ・現在、コロナ禍の影響で家族の面会が難しく、タイムリーに情報共有することが難しく、意思決定の進め方も少し変わってきているように思います。

- ・事前に、認知症と意思決定能力についての評価を精神科医へ依頼する場合がありますが、精神科医はがん治療の実際を知らないの「今」の評価をなさることが多いです。入院や治療(環境変化や身体的な負荷)による変化と認知障害の程度がどのように影響し合うかの検討や対応の共有が難しいと感じております。診療科や専門領域が縦割りになってしまっている構造的な要因もあるのではと考え、もっと専門分野が重なる部分を多職種でディスカッションできる土壌が作れないか、と思っています。
- ・認知症患者の認知能力、判断能力をいかに査定し、意思決定や症状緩和、がん治療にその人が参画できる方法を模索することです。
- ・意思決定や、痛みの評価、など事例に基づいた認知症がん患者について学びたい
- ・認知症を併せ持つ癌患者の疼痛コントロールは臨床では「訴えが不確かだから」と軽視される傾向にある事。
- ・病期に合わせ、話す内容や話し方を変化させる、病期に合わせ できること、できないことを把握して看護にあたる等、看護職員が認知症の病期をとらえて 個別の対応ができるようにしたい。
- ・がんであることの体験を本人はどのように捉えているのだろうか。苦痛症状を軽減するために必要な治療や処置を提案することがあるが、意思決定を支援する際、医療者の都合で判断することなく本当に本人の意向にそえているのだろうかと不安になることがあります。

患者理解

- ・患者の理解
- ・患者さんの意思をどのように把握するかと言うことが難しいと感じています。
- ・患者の体験を知り、想いや痛みを知ること。
- ・痛みを上手く表出できない患者の評価の統一、対応
- ・患者さんを知ること。患者さんの話を聴くこと。
- ・今は、コロナ渦で家族に会えない為に、ストレス軽減が出来ない事。家族も心配だが、会ってももらえない。無理に連れて帰るという事にもなるなど。色々あります。
- ・対象者が理解できるように、環境を整えたり、伝え方を工夫したり、看護のケアでできることから実践していきたいと思いました。
- ・がん治療において、認知症をもつ方はとっさの判断が難しいと考えます。どうアプローチするべきか。
- ・認知症以外にどのような疾患と向き合っているのか。患者は、時期によって難しさが変化するため、個別性を見極めていくこと。
- ・認知症治療病棟に勤務していますが、自覚症状の把握が難しく、癌自体の発見がされにくい。また、発見されたとしても今後の治療に関してご本人ではなく、ご家族の意向にそうすることがほとんどである。ご本人の意向を確認したとしても、ご自身の状況とを正しく捉える力も弱くなっておられるため本人の言葉通りに方向づけていくことにも疑問が残ります。
- ・まず癌と診断された時に、認知症でなければ本人に説明されるのに、認知症を患っていると、初めに家族に説明されている現状があります。

治療方針

- ・治療すると決まれば、その人にとって最善となるよう、医療者は、サポートするべきだが、その意味で、本人は、守られているか?と疑問になるときがある。治療しない場合もしかり。
- ・キーパーソンがいない認知症を持つ患者さんのケアをどのように行うか
- ・本人の意思決定能力が低い場合のケアの方向性
- ・どこまでがん治療を継続して行っていくか
- ・診断されていない人、何かおかしいをどう医師へフィードバックしていけばよいか。
- ・どこまで治療するか

家族への支援

- ・代理意思決定支援について、様々な課題があるのではないかと思います。

- ・がん患者さんが認知症の場合、家族の健康状態が治療を続けていくキーになります。キーパーソンが倒れた場合だれがその役割を引き受けていくのか。また、がん治療も長期になる場合、家族のメンタルケアが十分にできていないと感じます。
- ・一方で、がん治療を受けながら認知症の家族を介護している患者さんの問題も複雑で地域との連携が必要だと感じます。
- ・認知症を抱えるだけで介護を行う家族や介護提供者は大きな負担と感じている。そこにかんを患ったことへの介護力に対してそのようなサポートを広げられるか、またそれを家族へ予測を踏まえた正しい情報を伝えられるか、その人材の育成が急務な課題と考えます。
- ・家族ケア
 - ・認知症を伴う高齢がん患者さんのがん治療に携わるなかで、患者さんを支える家族から SOS が出されるケースも複数例経験し、家族等の介護者に対するケア・支援の重要性を強く感じています。それから、がん治療のために入院して治療を受ける高齢者の場合、入院によって認知機能等の心身機能が大きく低下する方が多く、機能の維持・低下予防の重要性も強く感じています。
 - ・介護をされている方は、変わっていく様子を受け入れるのがつらいと思います。都内では一人暮らしの方も多いので、公的サービスの導入タイミングが難しいことも多いように聞きます。
 - ・入院時には治療前提でお会いすることが多く、意思決定に関しては時すでに遅しということが多いです。外来・もしくは地域から連携した意思決定支援が行える方策を検討していく必要性を感じています。
 - ・認知症を介護する家族がそもそもいない、孫や姪御などつながりの薄い親戚がキーパーソン、介護力の脆弱な家族など、家族の支援が難しいと思います。
 - ・これまでの自身の看護を振り返ると、病院側の治療のペースに沿って患者さんにも動いてもらっていることを実感した。認知症とひとくくりせず、患者と家族のペースや個々の状態に合った看護を提供できるように検討していきたい。

症状マネジメント

- ・痛みや苦痛の症状マネジメント
- ・症状マネジメントにおいて、効果判定だけでなく症状の有無を見極めることさえも難しい。いかに客観的に看ることが重要か問われる。入院中でも感じるのに自宅での様子になればなおさらかと思えます。また環境の変化がより影響を及ぼす方々のため、家族などの協力を仰ぐことができないこともあり、患者の QOL を考えた関わりには限界があること。

アセスメント

- ・対象者のアセスメント力の強化
- ・癌による痛みや不快を、患者さんの言葉以外でも捉えられるようにアセスメント力を養っていきたい
- ・フィジカルアセスメント 認知機能アセスメント その中でも、どの部分の障害かは大事ですね
- ・認知症のステージングや不快感などストレスにつながる要因、認知症の患者さんの世界観を捉えて適切な対応ができるためのアセスメント力を高めること。
- ・認知症者の意思決定能力の的確なアセスメント、認知症患者さんの本当のニーズを知るためのケアの工夫、現場スタッフ一人一人の意識を少しずつでも変えていくこと
- ・認知症を持つから、治療の差し控えが起きていないか。身体状態よりも認知状態が優先的に判断基準となっていないか。生命に直結するような場合を除き、特に予防的治療において強く感じる。
- ・状況が都度変わるため、本当にその患者にとって最善の治療が行われているかをプロセスの中で都度考える必要がある
- ・本人、家族と常日頃より、人生観や ACP などの話を密に実施していこうと思います。
- ・専門チーム（緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、リエゾンチーム等）との連携、入院前後の外来でのアセスメントの実施の必要性

BPSD(認知症の周辺症状)

- ・家族や本人の強い希望で、侵襲度の高い外科的治療をしたにもかかわらず、治療後のさまざまな制限自

体が BPSD を誘発し、認知症症状の増悪、進行を助長しているのではないかと思うことがある。”

- ・現場ではまだまだ認知症の人は痛みを感じていないと思われていることがあります。ここを現場のスタッフに理解してもらい、適切な対応をしていくことで、認知症の方の BPSD の予防や緩和につなげられるようにしていくことが課題と考えています。

多職種・多領域連携、システム構築、地域連携

- ・急性期病院なので、手術、ケモ中の認知症ベースのせん妄への対応に苦慮する。他職種連携。
- ・苦痛を正確に把握して、緩和ケアのために他職種と連携すること。
- ・ご本人やご家族が、社会資源の活用を拒まれたときなど、どうやって地域と連携しながら、患者をサポートするかが難しいです。
- ・選択の表明が難しい方でも、どのような部分は意思表示いただけるか、どのように説明するとよいかを、多職種チームで検討していく必要があると感じます。
- ・多職種連携…連携までに至らない軽度の外来や在宅でのサポート。
- ・認知症、高齢者などの一括りで家族の意向のみで症状緩和の方略や今後の療養の決定がなされてしまうことがないよう医療者の正しい知識と患者を包括的にみるアセスメント力の向上、病院と地域を含めた多職種チーム連携の強化に取り組み、患者さんの QOL (生活・生命の質) の向上を目指していく必要があると思います。
- ・抑制に関する医療チーム内の認識を統一する難しさ(医療安全とのジレンマ)
- ・看護師として病院で勤務していると、介護のことがあまり見えていないと思いますが生活を整え落ち着いて過ごせることは看護の一部でもあると思います。認知症が出始めた時、どう受診につなげるか、一人暮らしで公的介入を拒まれている方への支援窓口との連携のむずかしさを感じています。
- ・その人が大切にしていることや、以前どのような方だったのか、チーム全体で理解をしていくこと
- ・介護者が認知症について正しく理解して、その患者に合った対応が必要なのはわかりましたが、限られた時間で、少ない人数で介護をしている現場では、その患者に合った対応がなかなか難しいです。介護に携わる人は疲弊している現状もあります。だから、超高齢社会でがん患者が増えていますし、認知症の患者も増えていますので患者にとっても、介護者にとってもより良い対応をどうしたらいいか考えなければいけないのが、課題だと感じております。
- ・退院後の生活を見据えた情報収集や看護ケアがなかなかできていないという状況がある。退院後の具体的なイメージができていない。がんの進行および認知症症状に伴う変化も考慮しなくてはならない。”
- ・高齢者世帯が認知症を抱き在宅医療を受けながら療養生活を過ごすなか、互いの病状を思いやりながらサポートされている。しかし、入院という環境、特に最近は COVID の影響により入院生活を狭められている状況がある。治療がしやすい環境をいかに患者・家族に医療者として介護やケア提供していけるのが課題である。
- ・独居者が増えていることが気になり、入院しても入院前の状況を知っている人が少ないため、ケア内容の具体化に繋がらない状況も多い。そのような方の情報を救い上げるシステムの構築が必要と感じている。

スタッフ教育

- ・外来や病棟スタッフの教育的な関わり
- ・臨床現場では、多重課題や看護師の心理的要因により、知識を持っていても認知症ケアの実践に結びつかない状況が多いことが課題だと感じております。
- ・同じがん患者であっても認知症があるだけで別扱いになりがちで、排除でなく個別対応、配慮をするためには、今日ご講義いただいたような具体的な知識や経験を持てるような看護師への支援が必要と痛感しています。
- ・認知症のケアは大変だ、苦手だと感じているスタッフにケアのポイントを伝えること。尺度を導入するとなると何がベストで、どう運営していくのかなどの課題。
- ・認知症について看護師だけでなく、医師や他のメディカルスタッフにも理解してもらおう必要があると思いました。

- ・コロナ禍の世の中において、認知症患者の優先度が低下しているように感じます。目の前の対象者に、どんなことができるか、諦めずに実践する行動力が必要と感じている。
- ・現場では対象の話をしっかり聞くことが難しく、その意識をどう変えていけば良いか、課題に感じています。

その他

- ・有意義なご研修をありがとうございました。
- ・本日、いくつかのツールをご紹介いただいたので、臨床で活用することを検討していきたいと思います。
- ・組織横断的には動くものとして、実践者であるスタッフと協働する中で、今日の学びを生かしていきたいと思います。

▼その他、何かご意見・ご感想があればお聞かせください

Web 形式セミナー

- ・初めての Zoom での研修であったため、グループワークをどのようにすれば良いのか分かりませんでした。早々に退出してしまい、申し訳ありませんでした。
- ・初めてのリモートでのグループワークでしたが、ご意見を色々聞くことができました。遠くに居ても、繋がりをもてると実感できました。
- ・ZOOMの方が画面が近く、講義形式よりも資料が見やすかったです。
- ・オンラインでも、グループワークができてよかったです。
- ・zoomによるオンラインセミナーを初めて聴講しました。時間を含めて限界はあるものの、興味深く聴くことができました。
- ・コロナ禍の中、もっと web によるセミナーや研修会を開催してほしいです。移動時間による疲労もないため、学習することに集中できると思いました。貴重な時間をありがとうございました。

その他

- ・貴重な講演を聴講させていただきましてありがとうございました。
- ・認知症がある患者さんの意思決定支援はもっと話を伺いたいと思いました。
- ・本当に素晴らしい講義ありがとうございました。
- ・グループ討議の後、全体発表があればもっと学びが深まり広がったのではないかと思います。本当にありがとうございました。
- ・同じテーマでアドバンス編があれば、ぜひ受講したいと思います。貴重な機会をいただき、ありがとうございました。