

問3 できていなかったとお思いの方は、その理由を3つまでお書き下さい。

	問3-1
1	家族の希望で告知がない場合が多く、患者自身の尊厳を考えるとその人らしい人生だったか疑問に思うこともある。
2	患者さんの大切にしていることをチームで共有できなかった
3	病名告知がされていない
4	告知が無い場合、死への準備のすすめ方が困難である。
5	症状マネジメントが上手にいかなかった。きつき、痛み、呼吸苦等、レスキュー対応しており、ベースの薬剤の増量やCSIへの切り換えが遅く、患者に「こんなに苦しまないと、死ねないのか」と言わせてしまった。痛み、きつき、呼吸苦を感じなくていい状況へと切り換えていく上で、スタッフ間Drとの思いに温度差があった。
6	入院期間が短く関わる時間が少なかった。
7	スタッフ間での意見の違い。
8	意識障害があり、コミュニケーションがうまくとれない。
9	患者様が入院され退院迄の期間が短かい上に、勤務のシフト上、関わる時間が十分に取れない事がある。(コミュニケーションが不十分) 仕事を持つ家族とは、面会時間によっては、会えない事も多い為、家族ケアも十分とは言えない。
10	認知症のある患者様で、意思の疎通がはかれず、家族からの協力もあまり得られない状態で経過され、家族への働きかけ不足、家族の“緩和病棟”のとらえ方が違っていたのではと思われる。
11	看護のおしつけになっていた部分がある。(自分の考えや、感情が先にたってしまった。)
12	寝たきり患者様の尊厳を保持するのは難しい。治療の選択を望んでいるのかもわからないため、看護していく上で日々葛藤である。
13	日常業務におわれ、ptとゆっくりかかわる時間が不足している精神面ケアする時間がとりにくい
14	声を出す事ができない方の場合、自分の行っていることが本当にこれで良いのか。本当は患者様に嫌な思いを抱かせているのではないかと思うことがある。
15	信頼関係を築くまでの時間が短く、困難であった。
16	認知病があり理解されてるかどうか判断に悩む所があった。
17	入院時より認知症、せん妄などがあり、本人の意志決定のあいまいさ、どう判断するか?もちろん家族から情報はえるが。
18	なかなかご本人の思いが表出されず、医療的介入も望まれなかった。
19	痰の貯留が多く頻回に吸引しなければいけない状況であった。補液の減量や、ハイスコも定時薬で使用したが、同じ状況だった。又、吸引も確実に気管に入れなければ、すぐに、SaO2の低値、レベル低下してしまう。なかなか、気管に入らず、何度も行い、御本人に苦痛を与える体位をとってまでも吸引しなければ、ならなかった。痰による窒息を防止しなければ、ならなかったが、苦痛を与えるケアだったと思うし、今だに頭から離れない。
20	コミュニケーション不足表出されにくい問題であり、こちらが察したこちら本意の対応となり、その人の思っていることとは必ずしも合致せず。本人と深い関わりを持ったり、家族の協力を得ながら進めることが必要のため。また余后的に短かいことでそこまで深い関わりがとれずに終わってしまうこともある。
21	自分の考えをしっかりともって、身体的症状などに関しては関わる事ができたが、呼吸苦が強く、心理的な事や家族の事などの話が時間的にタイミングが合わず聞く事ができなかった。
22	症状マネジメント以外の会話があまりできなかった。(精神的、スピリチュアル、家族の事、ライフレビュー、今の思いなど)
23	本人様が御自分の思いをあまり表出されない方であった。話すことを苦痛と思っておられる部分もあり御家族よりの代弁で対応していたが、思いに添うには本人様の苦痛が進行してきていなかった。
24	私が休みの2日間で症状が悪化したため、自身で関わることはできなかった。
25	緩和に入院される時の状態がかなり重篤でコミュニケーションがとりにくい。
26	患者が思ったより早くレベル低下したため、意志の確認が不十分、Familyとの会話もできないままだった。
27	入院から看取りまでが早かった。
28	サポート不足。カウンセラーや宗教家がない
29	私自身がその患者様に対し近づきにくさを感じてしまった
30	苦痛が強いままで、本人の希望など把握できないまま鎮静の導入となった。
31	患者の思いや不安を受け止め、寄り添うことはできても、必ずしも解決できるものではないので、患者の満足感にはつながらなかった。
32	体調が良い時期に、最期の過ごし方、むかえ方という所での具体的な話を患者、家族としていなかった。→最期にきて、ゆらいでしまった。方針が定まらなかった。
33	どのような最後をむかえたいのかイメージしているのか本人から聞いていなかった。本人は家族には言っていなかった。その時になった時、想像でのケアになった。
34	・息苦しさ、身のおきどころのなさがモルヒネやステロイドでもとれずにセデーションを行った。症状緩和が難しい症例であった。(脳メタ肺炎による症状であった)
35	自己の行った援助や声かけなど、Pt、家族に本当に必要であり有効であったのか自信がない。
36	十分に会話を持つ事ができず本人の意志の確認ができずおしつけの看護になってしまったのではないか。
37	症状コントロールの困難なこと。
38	入院期間が短かかった。(数日)
39	家族が感情的に意見をぶつけてこられたため、それ以上ふみ込むことを恐れてしまった
40	入院期間が短期間であった。
41	病状として混乱(せん妄)が出現してきてしまい、本人の意志を確認するところがうまくいかなかった。
42	身心の苦痛が緩和しきれない。

43	経験が少なく、どうかかわってよいか分からないまま、患者さんが亡くなられてしまった。
44	家族関係が非常に複雑で、最期まで関係は修復せずぎくしゃくしていた。そのあたりにまで医療スタッフは立ち入れなかった。
45	身体症状が強い
46	信頼関係がうまく築けず、積極的なケアの提供(とくに精神面のケア)が行えない。
47	それぞれの患者によって、重要となる項目が異なり、正確にアセスメントができていない(スタッフの技術・知識の差があり難しい) 価値が違う
48	せん妄が強くなり、本人の気持ちを聞くことができなかった。
49	病院の経済的な理由?(精神科医介入できない)
50	他の職種、患者に関わる人達に対し紹介・依頼することがなかった。
51	身体的な苦痛が強く、比較的安定している時はご主人と過ごす時間を重視し、本人と心理的な悩みを話し合える程、深く入り込めなかった事例でした。
52	嘔気が持続的にある状態と、告知後無口になっていた方だったので、御自分から話すことはほとんどなく、看護師からの関わりもあまり受け入れられなかった。どのように関わっていけばよいか分からないまま最後を迎えられたので。
53	うつ病の患者様に精神的ケアがうまく行えず自分の殻に閉じこもってしまった。他者の会話をすべて拒絶してしまった
54	患者様が御自分の思い通りに意思決定されていて、その事を、スタッフも御家族も理解していても、徐々に状態が悪化し、患者様とコミュニケーションをとることが難しくなり患者様自身が意思決定することが困難になった時、御家族の思いに変化が生じ患者様の望む最期を迎えることができなかったケースが何回かあった為。
55	予期悲嘆、心理的苦痛が大きく「安楽死」「尊厳死」という言葉を多用するPtがいた。その方の望む終末期ケアと私達が提供したいケア、家族の方が望むPtのあるべき姿(=母像)がことなり何度もカンファレンスを行ったがPtの尊厳を尊重出来たのかは判断できない。結局自分達の思い(安楽に最期を生きてほしい)が強かったのか…
56	高度難聴の方で、補聴器使用、ホワイトボード使用にてコミュニケーション図るが、うまく意思疎痛図ることができなかった。そのためその患者様の思い、不安に思っていることなど全てを理解することができなかった。手作りのカードを作成したが、結果的にはその患者様の自尊心を傷つける結果となってしまった。
57	入院期間が短かく、あまり深く関わることができなかった。
58	患者とうまくコミュニケーションがとれなかった。コミュニケーション不足
59	かかわる期間が短かくその人の本来の姿を知ることができなかった。(すでにレベル低下の状態)
60	肝性脳症、せん妄となった患者の安全を守るために尊厳を優先させることが出来ないこともあった。
61	さまざまな患者、家族がおられるのでそれぞれの思いを充分きき寄りそうこと(ナースや医療者のものさしでこうであってほしいという思いをもたないこと。)
62	肝、腎機能が低下し、モルヒネが■■■したようなせん妄者には、セレネースを使用してしまい、鎮静が意志表示の機会をうばったのではないかと考える。
63	患者様の精神的な不安などがあり、具体的な関わりがしにくい場面が多かった。せん妄状態の人が多い
64	主治医よりきちんとした病状説明が、本人、家族共にされなくて、不安が強かった。
65	病名、病状の告知が充分なされていない場合でPt及び家族が受け入れられていない症例
66	不十分な症状コントロール(特に痛みでは、難治性疼痛で緩和が困難な場合)
67	来院時既に意識レベル低下、うつもの既往もありせん妄状態で御本人の意志確認が困難であった。
68	勤務時間内、多忙でじっくり時間をとって話せない
69	多忙な業務に追われ医療行為を優先してしまう傾向にありゆっくり話を聴くなど精神的ケアに時間をとれないことが多いように思います。
70	本人の意志を尊重しすぎ苦痛のアセスメントが早目に出来なかった。
71	ご本人がチャプレンにまかせていた。(ご自分のことをわかってもらう人を1人決めていらしたようである)看護師へはあまり期待していない様子であった。
72	せん妄患者が多い為に心の思いをくみとることがとてもむづかしい
73	勤務異動後3ヶ月しかたっておらず、日々のかかわりがいっぱいいっぱい
74	経過が早く十分な人間関係を築けなかった。
75	入院期間が短かく、また患者さん本人からの訴えも、ほとんどなく、患者さんを把握できなかったこと。私達はずっと知ろうとすることも必要だった。
76	・身体的苦痛の緩和が充分できなかった(全身、骨転移、難治性の痛み)
77	知的レベルが低く、うまくコミュニケーションをとることができなかったため、尊厳を保持できなかった部分がある。
78	治療に対して、患者・家族と医療者間にずれがあったコミュニケーションが不足していた
79	心理的悩み、身体的症状のコントロールやケアなどはできるがなかなか心理的なもののケアについて傾聴など十分に提供できない
80	患者とのコミュニケーションをもつ時間が事実上(業務上の多忙から)困難であった。
81	対象把握が不十分だった
82	患者とのコミュニケーション不足。自己表現、他者の介入を望まれていなかった。
83	受け持ち期間が短かく、十分なコミュニケーション(本人・家族も含め)状態把握がされないまま、お亡くなりになられた。
84	患者様・家族の方とのかかわりの中で自分の人間としての未熟さ
85	あまり接する事のない内にレベルダウン、その後すぐ亡なられたため
86	コミュニケーションがとれずらい患者さんに対しては、なかなか精神的な面で上手に関わることができず、日常に流されてしまう
87	OT・PTなど他の医療従事者がいなくNSとNS助手では身体キノウ残在能力の面までは十分にに関わる事が出来なかった。
88	家族のサポートを引き出すことができなかった。
89	できていないと私が感じたケースの患者とは、出会い～別れまでが約1週間という期間で、病気をもった患者としてのその方も十分把握できなかった。それ以前の生活背景までの情報も、殆ど得ることができなかった。今、目の前のケアや対応におられるが、それがその方を十分理解し、お互いに満足のできる関わりであったかと言うと、全く自信はない。このケースへの関わりで最も不足していたのは、「時間」だったと思う。もちろん、時

	間があるからと言って完全なケアが提供できるわけではない。ダラダラとすぎてしまうだけなら、その方が足りないにも増したデメリットになる気がする。ここでいう「時間」は必要最低限というか…。それがどのくらいの時間なのかは、個人でもちがいがあろうしこれだけでは決められないのですが…信頼関係をきずくのに1週間以内では短すぎるというも感じる。
90	知識不足
91	病状の進行が早く、早い段階でコミュニケーションが図れなくなった。
92	当施設での緩和病棟入棟時、病状悪く、数日で亡くなる方が多い。その為あまり患者様の意志確認などできない事が多い。
93	入院期間が短い(ギリギリの状態での入院が多かった)
94	業務になると尊重守れないことはありジレンマを感じてしまう。忙しさからの心の余ゆりのなさ。
95	5. 自律のレベル 意思決定に関して、認知症や精神疾患がベースにある場合、自己の思いをかくにん・認識するのがむずかしい。
96	患者さんとの関わる時間が少ない。その理由と考えられることは、一般科病棟と、変わらない仕事内容にあると思う。忙しいのは仕方ないが、忙しいなりに時間が密にとれなくなるケアなどもあり大きな問題であると思う。日勤スタッフを増やしても、大きく変化を感じない。緩和ケア病棟であるが、患者さんと時間をかけて関われるのはボランティアさんや助手さんで、医療者は病気のみという印象。また無駄なことが多いこと、せん妄患者に対するの対応や、ケア度が高いことなど…原因はいろいろあると思う。本気で原因を究明して解決に向けなければ、大きな変化はないと思う。
97	脳転移があり、レベル低下のため言語的コミュニケーションがはかれず精神的な死への不安などの尊厳を保持ができなかったと思います。
98	患者が病気について知りたいにも関わらず、サポートする妻が精神的疾患を持っていて妻がパニック状態になるのをおそれて遠方にいる子供達が患者への転移の告知を許可しなかったこと。
99	原疾患については知っていても転移や、再発は伝えられず入棟するかたが多く。家族の意向もあり、伝えられないまま、言葉をにごしながら、患者と関わることもある。患者が不安を抱きはじめて時に側に居ることはできても、かまをかけて聞いてくる事が多くなってくると、患者の側どころか部屋じたいが遠くになってきた。
100	多忙な中での対応や夜勤帯でスタッフが少い時にできなかった。
101	患者様が病気を受け入れきれずコミュニケーションが十分できなかった。
102	認知症とターミナルでの日々、病状が変化していく際のケアの難しさ。特に、夜勤でのケアの対応、入院患者さんの平等なども考えると難しい。今の社会状況特に家庭環境の変化により、家族協力の難しさを痛感する。
103	その方の人格品格を尊重する為には生きて来た道を聞いたり、物の考え方に耳を傾けたりする事も大切。そういった時間がとれなかったり、傾聴する技術が未熟であった為。
104	尊厳と自律についての配慮が欠けていた(自分自身の知識、学習、配慮の不足)
105	本人の価値感、望んでおられるか否か。
106	病気を十分受け入れられてない方(まだ治療がを)など苦痛の緩和が困難
107	本人と家族の考え方が違い、医療者としては、本人の意志を尊重したかったが、本人の病状により家族へ気持ちが伝えきれず、その後医療者より本人の言葉を伝えたが家族の意志によって事が進められていった。
108	患者様とのコミュニケーション不足。
109	悪い情報を伝えようとすると、避けるような態度が見られたり、伝えている途中であってもその場から立ち去って行ったりして、伝えたいことが充分伝えられないことがあった。(妻に対して)
110	入院期間が短く、関わりができなかった。
111	身体的に苦痛が強かったのが影響していたのかコミュニケーションをとる事が困難だった。
112	痴呆、混乱がつよく、本人の意志が全くわからない状態であった。家族との方針で決めていったことでも、本人にとってどうだったかはわからず、家族に対するケアが重要となるケースだった。
113	認知症が出現し、被害妄想が強くなったから。
114	本人の気持ちのゆれにどう付き合うか悩む。
115	入院期間が2-3日と短かった
116	忙しい時期と重なると心理的悩みや死の不安などに対するケアが自分に余裕がない分ゆっくりに傾聴できなくなる。
117	次の世代にその人が何か伝えたいと思うことがあるか…それを知り理解するためにはこれまでの長いその人の人生や、家族の歴史などを知る必要があり短い関わりの中ではなかなか困難ではある。やりたいことがあっても身体が自由にならなかつたり、さまざまな症状が苦痛となっていたりで限られた時間内で成し遂げられることは難しいと思えた。どのようにサポートしていけば良いのか今後考えていきたい。
118	脳メタの進行の為ご自身の意志確認が出来なかったが、前回入院時の意志表示を考慮しケア行った。
119	患者自身がそのことを必要と思っている意志を引き出すことができなかった
120	患者さま自身、病気や現状に向き合うことをとても嫌い避けていたところで、関わりが非常に難しくなった。
121	16. 心の救いの再発見について。宗教的な救いを求める患者さんはごくわずか。私自身無宗教であり、宗教に関する話題をする方が少ない。また、私から宗教について積極的にたずねることがない傾向にある
122	もともとぎりぎりまで痛みを我慢していたので、痛みによる苦痛がなかなかコントロールできなかったこと。そのことで精神的にも余裕のない状況になっていたと思う。
123	入院して2日で旅立たれ関係性じたいができてなかった。
124	関わる時期が会話ができない状態だった。
125	疼痛コントロールが充分されず、意識レベルも低下した状態で入院し、せん妄状態でコミュニケーションを図るのが難しかった
126	終末期であっても、十分対応できる期間がない事例の場合
127	患者様がせん妄状態である場合はとても難しい。
128	疼痛コントロール
129	現状を受容出来ない人との対応
130	本人の意志を確認出来なくなった時、家族の意見を聞く事を家族のケアとして行なったが患者本人の為のためにはならないかもしれないと迷った時
131	死への不安に対しては、当人にしかわからない部分もありどう言葉をかけてよいか、わからなかった。

132	患者と家族間の意志の統一が難しい
133	脳転移により思考力に問題があったため、御家族から、お元気な頃の患者様の生き方や大切にしていること等の話をうかがいながら看護したが、充分であったかどうか自信がない。
134	疼痛コントロールの難しさ。
135	病名等本人に告知されていなかった為、病名、余命等の告知がなされていれば関わり方も違うものとなっていたのではないかと。
136	家族関係の調整については家族関係の不明瞭な点と、今までの経過より介入が難しい本人の意志や思いだけでなく残された者への配慮も必要
137	本人も思いを出される人ではなくて、どうしていいかわからなかった。
138	告知をされていなかった方のため転院直後はADLの拡大を少しずつではあるが本人と計画をたてて行った。しかし徐々に病状悪化に伴い本人は納得できないまま(家人も最後まで告知望まれなかったため)歩けなくなることをすごく悲しんでみえ、最も本人の望むことをしてあげられなかった。
139	記載されているような視点で患者さんに関わることができていなかったため。(しっかり考えられるか、患者の残存能力など)
140	意志疎通の図れない方の場合、できなかったこと、わからないことが多かった。
141	緩和ケアセンター入棟時に意識レベル低下していた場合、本人の意思が十分に確認できないままケアを行っていた。
142	苦痛の緩和が大前提となり自律・残存機能の維持に目が向かなかった
143	患者様の、精神状態の理解が不十分だと思われる。状態把握が出来ていないと思う事から、自信をもって対話する事が出来なくなっている。
144	入院後、数時間にて死亡され、患者様とは何らコミュニケーションがとれずに終わってしまった。
145	原疾患により起り得る症状や変貌についてアセスメントできなかった。前医からの説明内容を把握し不足分を主治医と相談しながらタイムリーに伝え、ケアの方向性を決められなかった。
146	入棟期間が短いことと急変されたこと。
147	未告知の患者様の場合(主治医、家族が告知をしないと決定されている場合)、自分の疾病や今後のことについて本人が理解されないままに状態が悪化しセデーション等も本人を抜きにしてすすんでいくこと。
148	レベル低下で、患者様の訴えがわからないため。
149	緩和ケア病棟入室時の状態が悪い場合が多く十分関われない
150	不隠が強く患者様の想いなど(尊厳に基づいた)深く関わることができませんでした。
151	尊厳について、患者様と、これらの項目ほどに細かく話し合えていなかった。
152	意志の疎通がはかりにくい。(発語が出来ない。表情も変わらない。四肢を使つての意志表示もできない。)
153	セデーション導入の確認を患者自身にできなかったこと。(身体的にはセデーションが必要な状況であった)
154	せん妄などで不隠となった患者様の身体損傷リスクを考えると尊厳をどこまで保持できているのかと悩む。
155	脳転移、せん妄のある患者の「尊厳」を保持するための意思確認が出来ない時(1~16、21に関して)関わりが出来ているが判断が難しい。
156	うまくギアチェンジできていない場合、共にじっくり話し合うことが困難な場合がある。
157	「今の辛い状態で早く死にたい」と常に言いつづけていた方。心理的悩みに介入が上手くできなかったと感じたから、日常生活上の楽しみがみだせず、24時間暗いへやで過ごされていた。
158	病態の(病気の告知について)きちんとした説明不足により、本人の不安がとりきれなかった。告知の部分の説明があっても死の不安など必ず残るが、どうしてかと悩み続ける部分が少しは軽くなるのではと思うため
159	告知をされていない方への病気に対する声かけ
160	脳転移ありコミュニケーションがとりづらかった。
161	緩和を希望する人でも、オピオイドに対し抵抗を持っており症状に苦しめる人がまだ多い
162	患者の病気に対する認識が浅く死が間近にあると感じていないため具体的な生に対する思いや今やっておきたいことなど話すことはできなかった。ただ家に帰りたいという思いが強く再三話していた。
163	スピリチュアルペインに対してのケア
164	薬に抵抗があり、疼痛コントロールが十分に図れなかった。説明はその都度行っていたが拒否が多かった。
165	緩和医療が浸透しつつある現在も、告知を望まない(家族が)ことで本人が真実を知らないことも多々あり、自己決定を支えていくことができないことが多い。→自律のレベルでケアが困難となる。
166	認知症があり、本人の正確な意志が確認出来ない
167	せん妄の強い患者様の場合安全・安楽を考えると、鎮静が必要となり問12、16、21は難しく出来なかった。主治医の治療方針との間で悩む事も多々あり
168	「死なせてほしい」と言われ続けた患者様への対応。
169	入院して短期間の間に亡くなられた。
170	患者様が脳梗塞で言語障害がありほとんど会話できず、四肢も自力運動なくコミュニケーションが取りにくい。御家族を通じて理解に努めた。
171	入院期間が短かった
172	気切をしておきコミュニケーションがとりにくい方であった。ご本人の希望を十分理解することが出来なかった。病状の進行により、ご本人も筆談をすることが少なくなっていたことも理由の1つである。また自分自身が、関心をよせる気持ちが少なかったともふりかえる。
173	看護師と話をたがらず、できるだけ1人でいたい。また家族からも情報を得られる状態でない時、「変わらない自分の発見」「次世代へ伝えたい事」へのかかわりはできないと感じました
174	意識レベルの低下でコミュニケーションがとれない
175	尊厳という難しいが、その人らしさを保つ、尊重していきたいと思う。しかし、緩和ケアの入院からではその人らしさはみつけにくい。
176	症状の進行が早く、対応がついていってなかった。
177	患者様とご家族の思いに違いがあり、患者様の思いに十分より添うことができなかったように思う
178	なかなかその人の気持ちをうけいれることができなかった。
179	患者様の意識レベルが低下しており、家族の関わりも少なくコミュニケーションが図れなかった
180	経験があさい。
181	緩和ケアについての勉強不足。一般病棟でのケアから、緩和ケアへのギアチェンジが不十分であった。

182	認知症のため会話が成立しない
183	緩和2ヵ月半ではわからない
184	患者さん自身に病気のことがきちんと伝えられていない。病名告知はされてもその後の説明が不十分。治療をした病院の医師から適切な説明を受けていない為、ホスピスへ来ても様々なことに疑問が残る。またホスピス医も十分話を聴けていない。
185	患者さん自身の訴えが少い為、表面的な関わりで終わることがあった。(訴えの多い患者の対応を優先してしまった)
186	チームアプローチの不足
187	疾患(脳腫瘍etc)や病状の進行でコミュニケーションが取れなかったため。
188	症状コントロールが不十分で、身体活動、精神活動が制限されたため。
189	身体機能の残存能力について 患者様より希望がなかった。また、自分のペースでゆっくり過したいと話され情報も伝えなかった。
190	せん妄が著しく、コントロールを薬にたより、症状コントロールにつとめるのが優先してしまっただけのため。
191	心理的悩みの面で…。患者本人は、死を悟っていても、家族が受容に至っておらず、何かにつけ「頑張れ」「～しろ」といった口調で患者を落しめてしまう場面で、うまく家族への介入が行えず、患者の心の負担軽減を図れなかった。
192	その患者様に関わってから、亡くなるまでの時間の短かさ。
193	尊厳というものを理解してからサポートに望んでいなかったと感じる為
194	疼痛や嘔気・嘔吐などの症状コントロールが行えなかった。
195	⑥せん妄状態の時、気持ちを落ち着かせることも大事だと考え、セデーションを用いることが多々ある。
196	当施設では、心療内科医やチャプレンのような、患者の心のケアに対する、常勤医がいない為、患者、家族の思いを引き出す事ができなかったり、納得できる対応が難しい。
197	家族の病気への理解が出来ず、又、理解出来るよう努力もしなかった。
198	患者さま、及び、ご家族とのコミュニケーションがうまくとれなかった為。
199	生きた証を残すことを促すことができませんでした。話の中で証を残したいなどあれば援助ができると思いますが、話題をきり出すのは難しいです。
200	患者様が以前一般病棟に入院中に、外泊に行き帰ると病状が悪化してしまった他の患者様をまのあたりにして、自分はおうだめだ、外泊に行ったら終わりだという思いをなかなか変える事ができなかった。
201	病状をPtさまへ告知されていなかった。その為、なかなか、Ptさまの気持ちの中に入るのが難しかった。
202	痛みのコントロールがとれず、毎日つらい思いをしてすごしておった方。「この痛みをとって」と言われても、現在の医学では限界。つらかった。「つらい」思いで頭はいっぱいで、気晴らしも何も気晴らしにはならず。
203	これが正しかったとは言い切れないから。
204	患者の意思の確認(話し合い)ができていなかった。→どのように過したいのか、今後どう
205	ご自身の余後について、具体的に自らが知るに至るケースが少なく、日々の暮らしの中で、しだいにADLが低下していくことがある。病気が進行していく中で、わずかな事でも意欲を維持していくことは難しい。
206	記念日のお祝いや、催しの参加時の映像は残せたが、ご本人が子供達に伝えたいことを言葉にしたいという思いは成せなかったため。脳転移もあり上手く言葉に出来ない或いは忘れてしまったという思いからイラ立ちや混乱をまねき、引き出すことが出来なかった。ご本人の望んでいた物を残せたとは言えないかも知れないため。
207	身体的苦痛に対し、疼痛に対する鎮痛ができていなくセデーションにいたるまで時間がかかった。
208	悲嘆が強く、とにかくそばについて欲しいというPt。意欲低下もみられており、Bed上臥床となっていた。付き添っても閉眼し入眠しているが、離れるとN-C頻回だったり…と夜勤帯など他のPtの事もあり、にがて意識を持ってしまった。それがすべてに関連して行ってしまった。
209	患者の希望をかなえる事ができなかった。(外泊まで)
210	自律、自立度の高い患者様でなかなかゆっくり話をするタイミングがなく、不安な気持ちを共感することが少なかった。
211	自宅に帰りたいというPtの思いを尊重して、Faと何度も話しあい、外泊などしてきたが、Famの受け入れが悪く、また、介護の負担もあつたようで、Ptが希望した際にスムーズに外泊や退院といった形がとれなかった。
212	全てにおいてできたという事もできないと感じる。尊厳とは自分らしくという事が重要だと考えるので、看職の評価で尊厳は語れないと感じた。
213	患者の死に向かいあう恐怖は看護者が考えることよりはかりしれない程深く、“尊厳”を保持できる関わりをもてたかを評価することが難しい。
214	そもそも、終末期医療において、闘病意欲だとか、屈しない力が必要なのかどうか、患者はすでに十分頑張っているという立場で考えるようにしており、尊厳というものを大切にすれば、ケアとしての必要性もあまりないように思う。
215	患者本人が拒否している時は見守るだけとなるので“尊厳”の意味が違ってくる
216	患者様が受容できないままの転棟であった為転棟した後その方の希望(退院、外泊)を状態悪化の為不可能となってしまった
217	症状コントロールが不十分である。
218	身体的苦痛が最後まで取りきれず、本人・御家族につらい思いをさせてしまった。
219	本人とのコミュニケーションがうまくとれない人であった。家族からの情報がなかったため、本人の尊厳をどこまで尊重できたのかは不明。
220	必要性を感じても時間が取れなかった。
221	意識レベルの低下した状態であったため
222	患者、その家族と関わる中でのNsとしてのストレスあり、関わるという事でのNsとして負担あり、全身全霊で関わる事が困難なため。
223	症状コントロール不足(医師とNsのコミュニケーションのむずかしさを原因と考えます。緩和ケアに対する医師の知識不足や誤解がいまだに根強くあります。)
224	Nsサイドからのケアを拒否し、かたくなになってしまったPtに対し、最後まで、心を開いてもらえなかった。
225	積極性に欠けた
226	患者様自身の病気に対する受け止め方、原発は知っているが、メタは知らない。家族はふせてほしいなどといった理由から。
227	・死への不安・日夜逆転し入眠困難の訴え強くあり、臨床心理士・心療内科医の介入するが改善せず、睡眠導入剤等内服にて他覚的には入眠しているが熟睡感を得る事ができず不安について具体的に発言はなかったが日夜逆転する以前から言葉以外で不安のサインを出していたと思うがその事に気づけず対応が遅く最終的にセデーションを行った。

228	高齢の方で、病気のことは知っていたが、ホスピスであること、ホスピスがどういう所であるかなど理解せずに来られていた。
229	入院時に、他の患者様と同じようにオリエンテーションやスタッフの紹介などしていたが、高令ということ、他の病院から転院されたこと、病状がしんどいことなど配慮して内容をもっと少なくしていけたらよかった。その人に合うことの必要性。本人のいろいろ受けとめる許容量を越えてしまい、拒否的態度があったと思う。
230	患者様の御希望やこれからの方向性を充分把握できなかった。
231	(4)患者様のもつ死の不安についてのアプローチがむずかしかった。言葉では「大丈夫」「恐くない」と話しており「死」について自ら触れようとせず話題をさけている方への関わり不安を軽減させるためのケア、共に受けとめる姿勢でのケアがむずかしかった。理由①自分も死への不安や恐怖心をもっている人への関わりについて十分に知識がない②時間がもてない時がある(ゆっくり関わる時間)③臨床心理士や精神科Drへ情報提供しアドバイスをうけるが、患者様自身が介入をこぼんでいたため直接関わってもらう事が出来なかった。
232	家族の思いがバラバラでまとまらずとどまった。
233	認知症のある患者さんでコミュニケーションがとれなかった。
234	遠慮深い方であり、他人の手をかりて生きたくない。死にたいという思いから、患者の精神的なケア～ができておらず、ケアの方針が(結果的に)たてられなかったため、症状緩和がおくれた。
235	入院期間が短い患者様の場合、信頼関係を作る時間がない(患者、家族とも)・意識レベルが低下してからの患者さま・症状コントロールができていない状態で入院、コントロールがおいつかないままになる。
236	関わる時間が少なかった。
237	関わった時間が短く、介入することができなかった。
238	ペインコントロールが図れていないと、全ての面において(メンタル面・意欲向上etc)上昇を目標とすることが難しいと感じる。
239	心の痛み、死への恐怖や「もっと早く逝かせてくれ」などの叫びなどにどのように対応したらよいかかわからず、きくことしかできなかった。
240	病状の進行に伴ない、身体的苦痛が、緩和的医療を行なっても、十分な苦痛緩和になっていない時、(症状コントロールがうまくいっていない場合)
241	患者様が治療の変更、検査、今以上のケア等を拒否。現状を維持する事を優先したいという希望を持たれていたため。
242	せん妄のコントロールをするには時間がない状態で転院してきている
243	患者様、その家族の方との密なコミュニケーションができていなかった。
244	日々の業務におわれて、8や12までに考えがまわっていなかった。
245	どの患者も日々の生活を安楽に過ごしてもらいたく、希望に添った関わりをしたいが、多忙で充分に関われなかった時。
246	病状の急速の悪化
247	医師との方針が違うため
248	高齢者が多い中、30・40代患者がいると、興味の目にさらされる事がある。同じ行事には参加する事への抵抗感があると思う。対象年齢による配慮は必要であると思う。
249	うまくかかわれなかった
250	十分にコミュニケーションをはかることができず信頼関係が築けたと感じられなかった。
251	在宅死を希望された患者さんが居たが、キーパーソンは妻であり、1人で自宅で患者を見ることに自信がなく退院がかなわなかった例があった。家族の協力もあるが在宅サポートが整っていないことと家族へのケアが不足していたと考える。
252	病状等が医師と共有できずケアの方針がはっきりしなかった
253	認知症もあり、説明をしても理解されたかは明確ではなく、非言語的なコミュニケーションをとることで、表情がやわらぐこともあったが、不安そうに涙を流されるのは変わらなかった
254	身体的悩み・頻繁なアセスメントのもとケアに従事したが、症状コントロールがつきにくく、現状と患者の目標とのギャップが大きかった。
255	症状マネジメントがうまく行えない
256	コミュニケーションがとれず本人の意志がわからなかった(死別Ca)
257	せん妄の強い患者に対し、薬剤の使用を行うことがある。安全安楽を考えると必要と思うが、患者の意志は確認できないことが多い。
258	患者様が全てを自分の思い通りに動いてほしいという気持ちを受け取れず、こちら側のペースで看護をすすめていこうとした時期に信頼関係をつくることができなかった。
259	患者の心残りは何か。家族へ残したい事、伝えたい思いは何かを家族とゆっくり話せるような身体状況にしてさしあげることができなかった。
260	患者様の思いをしっかり理解し受け止めるということが充分できなかった。(極度のストレスからくる精神症状があり、身体症状もどうしようもない状態で持続睡眠の方針になった)
261	この6ヵ月間の中で、うまく関わる事ができたと思える患者様は、いらっしゃいませんでした。患者様が病氣、病状をどうとらえていらっしゃるか、よくわからず、その話に触れたくないのか、さげたいかの様に思われました。心の奥にふみ込まれたくない様な方もいらっしゃり、現実を見つめる事に対する不安もある様に感じました。
262	その患者様の生きて来られた背景の情報収集ができなかった。
263	患者さん自身が、島の出身者でその島に帰りたいという気持ちが強く、緩和ケアでの生活も納得できていず、かわり自体がうまくいかず信頼関係が築けなかったため。
264	家族関係が難しく、また、関わりに困難を要した。(性格的なこと、理解力など)そのため、関わることに足が遠のいてしまった。
265	自己の人間観、人としてのあり方に対する思慮の不足。
266	コミュニケーション不足。深いかわりができず問題が適確でなかった。
267	本人、家族に関して充分把握することができなかった。(家族関係、本人・家族の考え、想い)そのため十分な配慮や想いをくむことができなかったように思う。そのため尊厳を保持した介入も不十分だったのではないかと考えるため。
268	混乱状態にあるPtの尊厳を保つことができなかったこととしての理由は疼痛コントロールが困難であった。
269	せん妄症状を改善させることができず、危険の回避のための対策が自尊心を守れていなかったと思うこと(ベッド柵の保ゴや固定、タッチコール導

	入etc) (前ページ参照)
270	病状の進行がとても早く、疼痛コントロールが困難であった時、患者が受ける精神的ダメージが強く、恐れや不安が助長していった時。そういう時、薬剤使用による鎮静をせざるを得なかった。余后推定を可能な限り行い、はやい段階で、対応方法の共有、Ptの意志確認をしていけたらと考える。
271	患者様個人を促えることが難しかったニーズもわからず日々の生活に満足されているのかもわからないまま時間だけが経過したケース
272	コミュニケーション不足からか、信頼関係を築くことができず、Nsサイドの思いや考えが伝わらなかった
273	Drと上手く方針について一緒に検討する事が出来なかった。もつと連携を上手に出来れば、安楽につながったのではないかと思う。
274	症状の急激な変化に患者さん、家族が納得できないでいると、前へすすめない。受容するまで、ある程度の時間・時期が必要になる。
275	疼痛(関節拘縮による)あり、なかなかリハビリすすまず、Rom訓練程度であった。
276	患者様とのコミュニケーションが図れる期間がなかった。
277	深い信頼関係が築けず、深くまで入り込んで話しもできなかつたしそういう関係に踏みだせなかつた。本人よりも家族がどうしたいかという事が大きく見えてしまった為、本人へという所へ行き出す事ができず、尊厳ある対応の提供はできなかつた。
278	Drとのコミュニケーションが良くなかつたため、患者様の訴えを伝えても、対処するまで時間がかかつた。
279	病状的に、脳転移、傾眠があり、コミュニケーションがとりにくかつたため。
280	自分の経験不足もつと早期にできることがあつたのでは…とか他に方法が…とか。
281	臨床経験がすくなく、患者様との関わりがうまくいかなかつた。
282	死の不安を訴えられない方に対して、心の深底で不安だつたとしたら引き出してあげられていない。
283	独身・男性・60代。(結婚経験はあるが妻死亡)人から、周りから色々ときかれたり、されたりすることを拒み、その方がどんな方なのか、どのような思いをされているのか十分関われないまま亡くなられてしまった。
284	関わりが短く(入院期間)、十分に関わる時間が持てなかつた。
285	患者様とのコミュニケーションの入り方が分からず、元来がまん強い方であり、思いを聞くことができなかつたため。望んでいること、不安なことが明確にならなかつた。
286	患者様の性格上深いかわりができなかつた。
287	症状コントロールができていなかつた。
288	患者、家族の緩和に対する不理解があると思われる。
289	最期をどのように迎えたいか、本人の意思が不明。意思が必要な時期には、その判断力が本人になく、家族の思いに左右される。また、家族もどうしてよいかわからない場合も多い。
290	家人が介護疲れを理由にせん妄がひどい時は鎮静剤を使ってほしいと希望され、本人の意思が不明のまま鎮静剤を使用した事。
291	薬剤調整が、不適合だつた。倦怠感、食思低下の訴えに、病態から由来の症状として見る事ができずソタリン投与→中止をくり返し、精神的不安定の状況を、作っていたように感じる。
292	重症者がほとんどであり身体機能の残存能力で、リハビリ等は入ることができなかつた。患者様本人が行いたいことが中心となつてしまった。
293	呼吸状態が悪く疼痛が強く)症状コントロールがなかなかうまくいかなかつた。
294	本人・家族が病状を十分に理解できなかつたこと。(主治医・日々担当の看護師から連日説明を行つたが、その場では理解・納得されても翌日になるとまた元に戻つてしまった。)
295	Ptの意思カクニンが十分にできない。(意識低下のため)あまり、語ることがなかつた。
296	入院し、亡くなるまでの期間が短く、十分な関係が築けなかつた。
297	薬ではとりきることのできない痛みや苦痛がある。
298	症状の進行が早く、本人、家族ともに十分な受け入れができないまま1Wで亡くなられた。
299	患者さんが信仰しておられた仏教の総代という役割を、できる限り全うしたいと希望されていたが、一時退院の希望は家族の介護力の不足で叶えられず、数日外泊したものの、役割の引きつぎも十分行えなかつた残念がっておられたため。徐々に病状がすすみ、外泊も不可能な状況となつてしまったため。
300	Ptさんの事を知つた上で理解しないと何を尊げんといければ良いかわからないと思う。Ptさんと十分にコンタクトを取り話し合いができていなかつた事があり、その後、すぐに病状が悪化したためうまくできていなかつたケースがあつた。
301	家族の思いを十分に聴くことができなかつた。
302	患者さんにとって家族がそばに居てくれる事を評価するあまりに家族の負担が思いがけなく大きくなつており不心感までいだけさせてしまった。
303	ゆっくり話を聞く時間を持つことができなかつた。
304	その方の思いを十分に聞くことができていない時にできていないと感じます
305	身体的心理的、15、19、13などはかわりやすいが他はかわりがむずかしい
306	患者の病状認識、希望と現状に差があり、“死”に目を向けられてなかつたので、身の回りの整理の話など進められなかつた。
307	傾眠がちで意思の疎痛が十分にとれない。
308	残存能力に関してはOT、PTなど本人又は家族が希望しなかつたことを確認
309	入院されてきて、亡くられる迄に短かつた。(10日～2週間)
310	4、死の不安について。死に対する不安を知ること、その背景を理解することは可能だが、それ自体を解決するのは、患者自身な為、解決できたかどうかはわからない。これを判断したり、できる、できないと決めていいかわからない。
311	脳転移で本人の意向がはっきりしない時、家族が変わつて判断してもらうが、それが本人のことを考えた判断というよりは家族の思いでの判断となつてしまった。
312	家族関係が複雑だつたり(独居の方、身寄りがいないなど)するため、医療スタッフだけで関わる事に限界を感じる事がある。
313	コミュニケーション不足
314	両下肢麻痺にて、これまで社長という立場で会社をもちたてていた男性が、寝たきりとなり、自ら訴えることが少なく「絶望だ」と、これからをどのように送りたいかもなく、室内から出ることがほとんどなかつた。最期まで、本人の気持ちをききだすことができなかつた。

315	スピリチュアルペインが強く、表出されたPtでした。
316	患者さんの状態が退院前に変化し、意思を確認する事もできなかった。
317	発症の時点で末期の状態であり患者の精神的落ち込みが大きかったこと病状理解も不十分であったこと
318	自分の病気を知らないまま(Faの希望)に入院されリハビリ目的と思い込んでいた。早くENTし妻の介護をしなければいけない思いがあった。入院后外泊外出をFaへ促していたが強く言えず(面会が遠のくことを思い)家に一度も帰れなかった。
319	終末期には認知力の低下、せん妄のような意識障害を伴うことが多い。その場合に、その人のそれまでの尊厳を守る関わりを最期まで継続することはできたとしても、意識障害を伴ってからの「心理的な悩み」「死の不安」スピリチュアルな問題、身辺整理に対応していくことは困難となる。そのため、患者の尊厳を守ることができているか確信がない(家族の意向を通す形になることがある)
320	脳転移の為コミュニケーションが成立しない事が多かった
321	意志の疎通が困難であり、何を求めているのか分からない事があった。
322	不安や苦しみを自己表現しなかなかならない方なので、十分にお話し合いが出来なかった。
323	告知をされていない人には、できないケアもある。
324	経験が浅すぎて良くわからない
325	医療不信患者だった為
326	家族・患者さんとのコミュニケーション不足。
327	Ptと、十分な信頼関係が築けていなかった。

	問 3-2
1	疼痛コントロールが困難であった
2	認知症であった
3	症状コントロールがうまくできていない場合には、自分自身(患者様)のQOLを高めることができなかった。
4	“苦しくない様に”と望んでいたが、症状マネジメントが不十分であったため、絶望感を抱かせてしまった。
5	意識レベルの低下により、反応を把握する事が困難だった。
6	担当者としての認識、判断不足
7	ホスピス入院期間が短かった。
8	医師の治療方針にスタッフが、不明に思う点があっても十分ディスカッションがなされない。スタッフが納得できない為ケアについてもこれで良かったのだろうかという疑問が残る。
9	(1、と違う患者様)告知を受け、御自分なりに考えを持って医師に話しをしていたのですが、家族の考え方が違い、医師は家族の考えを優先。患者様は何度も訴え、Ns側からも医師に話しましたが、患者様にとって必要とされていない医療行為がなされ、患者様にとって何をしてあげたのかと心にわだかまりが残ってます。
10	家族とのかわりが上手できず、それを、家族があまり来ない事などを、理由にしていた。
11	自己の技量不足
12	症状コントロールが困難であった。
13	家族間に深い確執があり、どうしようもない状態であった。
14	「生きた証」まで残す時間がない。そこまでの関係性をきずけなかった
15	兄弟の方がキーパーソンで、家も遠く、お会いして話す機会がなかなかなかった。
16	娘さんが泊まり込みで付き添い、Ptさんのすべての事をフォローしていた。その関係に入り込めず、娘さんまかせになってしまっていた。
17	御自分の思いをうまく言葉に表わすのに困難あり(言語障害があり)伝えるのに(わかっていただくのに)苦痛が伺っていた。御家族の協力体制にも限界がある部分があった。
18	入院から退院まで約10日間で深い話ができていなかった。
19	在院日数が短い。
20	質問項目にある事全てに十分に関われる時間がない
21	家族の希望と本人の思いとが一致しないまま、意識レベルが落ちてしまい、本人にとって苦痛と思われる状況でも、家族はがんばってほしいと思いい、鎮静の導入がなかなかなできなかった。家族にははじめ安楽死をすすめられたと思わせてしまった。
22	看護をして、患者が変化したのではなく、患者が自分自身の力で変化していった。
23	・意識があまりはっきりしてない状態でPCUに来たため本人の希望をきくのが難しかった。(夫や息子に確認しながらケアを行っていたが)
24	本人の望む身体機能の残存能力の保持ができなかったOT、PT、不在。
25	精神的社会的スピリチュアル的な苦痛への対応の困難さ。
26	病状進行が急激すぎて家族が受容できていなかった。そのため、患者・家族ともにギアチェンジができていなくて、関わりきれなかった。
27	人員不足で思うようなケアができなかった
28	症状の訴えがわかりにくく、何をやってみても改善感がなかった。結局セデーションに落ち着いたような印象だった。
29	せん妄がある
30	施設というかきねや、患者1人1人へ提供できる時間などに制限があるため、十分にケアできない
31	精神的苦痛が重要視されていない様に思う。
32	心残りなことの援助は、難しく、こちらからの声かけはできない。患者様の認識、性格をよく知った上でないと話しかけは、難しい
33	入院前より無趣味の方であったが、入院時は余暇をもて余していた。寝たきりの方なので、床上でできる折り紙、簡単な小物作成、オセロなど促したが、どれも好まなかった。結局どれも好まず気分転換を図ることができなかった。寝たきりで無趣味の方の生きがい、気分転換方法を一緒に見つけることの困難さを痛感した。
34	せん妄の出現により、尊厳の保持が困難となった。

35	コミュニケーション技術不足
36	コミュニケーションがとれない
37	せん妄状態になったからと痛み止めを減量したこと。
38	終末期で入院されていてもそれについてのDrからの説明が不十分のまま入院されてくる人が多い。(ご家族には予命についても告知ズミ)そのため尊厳について関わりを拒れたり又、躊躇してしまっ
39	本人も元来我慢する性格で、訴えが少なく、私達も十分入り込めない部分があった。
40	本当の終末期で2日～3日間の入棟症例
41	自分の思いや考えを語ることが少ない患者様あるいは、発声が困難な状況の方が十分な思いの表出なく旅立ちをむかえた時。
42	1の状況で、御本人が元々どのような方なのか家族にきくしか把握する方法がなく家族の思いも様々でそれに振り回されてしまっていた。
43	ナースサイドで提案したくとも家族の思いがある程度までと見られる時にそれ以上入りこむのはむずかしい
44	家族の思いがバラバラで調整が困難な状況で日々がすぎた感じがある。
45	家庭での役割、社会での役割など、入院しているとついつい深く介入できない。
46	終末期についての勉強不足
47	患者様が自己表出をあまりしないタイプであった。
48	・歩けなくなることへの恐怖心、不安感が強かった
49	家族は、患者の思いを十分にくむ事ができなかった。家族の悲嘆強く、患者の心身の辛さが理解されず症状コントロールが十分にできなかった。又、患者は家族に自分の気持ちを表出することができなかった
50	難治性の疼痛であったが全身状態不良のため、薬剤の使用に慎重さが求められた。
51	緩和に入棟した時には病状が悪化していることが多い
52	高令者、認知症の方の対応に苦慮しているせん妄に対する自分自信の考え方が一貫していない。
53	心残りな事では、死期が近づいた時に家族へ葬儀の計画については推奨とまではいかないが話をしているしかし本人へは緩和ケア病棟であることや告知されていない人がほとんどで、告知をされても予命は家族の意向で知らされていないかつたりと、本人に対して心残りな事を聞いてそれに対してアプローチする様な事は出来ていない
54	コミュニケーション技術不足
55	性格的なものか自分から病状や思いを話される事がほとんどなかった。
56	処置におわれてしまう傾向があった
57	個別では、かなえてあげたいが、皆に同じことができるか、又、公立病院の立場で全部かなえられないこともある。
58	12. 次の世代につたえたいこと 性格上、自分の思いをあまり口にする方ではなく、麻痺があり何かに書き残すこともむずかしい方だった。
59	短期間の入院であり、臨時期にすぐに入ってしまう十分な情報が得られず、うまく関わる事ができない方がいらつしました。
60	家族の面会が少なく、家族のサポートが得られず、さみしさを感じたり、今生きている意味が見い出せなくなった。
61	家族と患者さまの思いがずれて患者さまの外出という希望が叶えられなかった。
62	大Hpから～治療が突然終わったと言われ、本人の不信感のまま入院して来られ、限られた時間の際の対応、特に大きな総合HpのDrの転医に對しての対応、もう少し勉強して頂きたい。人と人としての対応をして頂きたい。
63	思い込みで援助をして、支持してほしいサインを見逃してしまった時。
64	尊厳と自律について 系統立てたアセスメントと評価をする場の不足(チームでのフォロー体制の不備)
65	優先順位とADLのレベル、予後との関連
66	家族の理解が不十分なときどう理解させ対応できるようにするのか。
67	ギアチェンジがなされないまま、緩和ケアに入院してくる患者、病名告知をされていない、ケースの一部で、患者の気持ちを引き出せず、心残りなこと、希望などできないまま看取りになってしまった。
68	患者、家族の希望のずれがあり、調整が困難だった。
69	妻が患者の状況変化に対し、動揺が大きく、Nsの説明をしっかりと聞くことが出来なかった。早目に妻を支えてもらえる人を見極めて介入していく必要があった。
70	家族の壁、入りこめない壁やその家族の考え方によるもの。
71	急激に病状が進行し、ベッドレストになった時に入院されたのでなかなか生きる希望がみいだせずどう接して良いのかとまどった。
72	身体的残存能力の保持という意識は低く、Ptがしんどそうならリハビリはすすめず、Ptからの希望、外出にむけてがんばりたい…などの意志の尊重が必要な時に接極的リハを行うが、その他ではあまりしない。
73	本人が判断出来ない状況で家族と、どうやったら、本人にとって良いのかということと話合った上で実施していくが、本当にそれが、本人の尊厳につながるのか。
74	家族がケアをずっとされてきており、介入するための家族と医療者の関係を築く前に亡ってしまった。
75	自分自身のストレスマネジメントがうまくいかずにいるとすべてのケアに対して身が入っていないように感じる
76	奥さまに対しての看取りに対してのフォローが十分でなかった。
77	意識障害があり、項目によっては実施できないものもあった
78	家族が疎縁であり、又、他人との関わりを求めようとしない様子が強かった。
79	12. 次の世代に伝えたいこと。ビデオを作ったり、手紙や手記を残す人がいた話を患者さんに教えるが、私からは積極的にすすめていない。ビデオの場合、身体面の変化が大きく残しがらない人が多い。手紙は手記は入院前から続けている人にはそのまま続けてもらうよう伝えるくらい。
80	病院嫌いの人が自宅で我慢しきれず入院した状況で、自分を無理に抑えようとしていたが、それが時々爆発し関係を悪化させていた。ありのままの患者を出せる環境を作ってあげられなかった。
81	家族を求めているが、関係が悪く思うように介入するに至らなかった
82	緩和ケアで過ごす期間が短かすぎて、十分な関わりができなかった。
83	自宅へ帰りたい希望が強かったが、介護上困難で家族の介護も不可能ということだった。
84	高齢の患者様に対するの事例の場合

85	終末期においても、希望は持ちつづけたい。希望をもちながらも現実を受け入れることの難しいところ
86	家族サポート支援、話し合いがもてなかった、家族の病状の受け入れができていない。
87	他病院や他科からの説明が十分でない。
88	患者が苦痛が増強してまでも自力で行ないたいと希望された時、安楽な方法の方がいいと思った。
89	扱いかいにくい患者には先入観をもってしまい心理的な部分に入り込めなかった。
90	なかなか周りの病院との連携が上手くいかない。
91	入院されてから、亡くなるまでの時間が短く、患者様の十分な情報がないまま、苦痛緩和さえも不十分であり尊厳を守ることができず、悔いが残る。本当に申し訳ないと思っています。
92	異性の年上の方。腰をおろし、話を傾聴したが、思いをすべて表出されたかどうかは不明。
93	家人が病気について告知は受けていたが、今後どの様になって行くかをイメージできていなかったNsももっと関わり話を聞き、又、必要な所をもっと時間をかけ、Drより説明できていれば良かった。
94	本人があまり話したがらない場合、土足でふみこむような事はしたくないし、介入が受け身がちになってしまった
95	本人と家人との関係がよくなかった？又(妻)家人もスタッフがPtに近づいて下さるよう促すことをいやがっていた。Nsも家人に近づけていなかった。何か今まであるか、家人はおられるが(妻)1日のうちでも1~2hしか状態かわるくつてもつかれず。本人も妻も何が人間関係をくずされたのわからずただ死ぬ2~3日前に息子はそばにいるのにNsに「息子にあやまってくれ…」とつたえられる。自分から直接息子へ言えない関係であったよう……死ぬまでに、十分、本人と家人の関係をつなぐことができなかった。残念
96	死を目の前に他者にあいさつ周りに行きたいと希望があったが数十年前の住所しか分からず(家人も調べられず)実行にうつせなかった。より、本人の悔いがすごく残ってしまった。
97	本人より家族の思いが強く、家族の話を聴く時間が多くなってしまった。本人の訴えははっきりしているものの、家族が本人の思いをきき入れられないケースがあった。その際に、家族に本人の思いを十分に伝える役割ができなかった。
98	終末期にある患者さんと未来への希望などは話しあえなかった。
99	見守りを重視する事に重点を置くと、患者様が自ら口を開くのを待ってしまう傾向にあり、積極的にかかわれない。
100	ご家族も納得される十分なケアができなかった。
101	スピリチュアルペインがあまりにも強かった。意志が強く、役割もしっかりこなしてきた方で、自尊心も強かった。穏やかに話が出来ても変貌していく自分に耐えられず、自分らしさを失いつつある事に気づき、主治医に嗚咽混じりで気持ちをぶつけた。そうなる前にコミュニケーションをしっかりと、日々のケアで対処できなかったものかと反省させられた。
102	家族の支援が不十分(1のため)
103	夜間不安な様子をしていらっしゃる患者様に対して、業務におわれて側に付き添うことができない時、安定剤投与等を薬剤投与をしなければならぬこと
104	家族の中にふみ込んで何かを変える方法が十分学べていない
105	尊厳について、患者様と、これらの項目ほどに細かく話し合えていなかった。御家族との話ができていなかった。
106	せん妄やコミュニケーションをとりにくい患者様に尊厳をもって関わってはいるが、患者様がどのように感じていたかはわからない。
107	せん妄状態で鎮静剤を使わず対処してもなかなかコントロールが難しいケースもあり、しっかり考えられるまでに至らないことがある。
108	せん妄や混乱により、その人らしい生活の維持が困難な場合にできていないと感じる。
109	死の不安に対するこえかけが、どう返答してよいか悩んでしまう
110	ご家族のサポートが少なく、意思表示ができなくなる前の患者さん像も把握しにくかった。
111	コミュニケーションが十分とれず相手の気持ちの中に入れて意志の疎通がとりにくかったことがある
112	患者の家に帰りたい思いが家族に伝わらず「家で面倒みることは無理」と全く受け入れてもらうことができなかった家族へのアプローチが良い方法が見つからなかった。
113	気分転換活動をすすめたが、本人の希望はなかった。自分の意思がはっきりしており、考えを受け入れてもらえないことが多かった。
114	症状コントロールがつきにくかったため心理をはじめとして楽しみや希望を支えるケアにつながらなかった。
115	家族間で意見の相異があり方向性をみい出せない担当医が不慣れでいっしょにゆれる…
116	全身倦怠感の症状緩和
117	家族の方がほとんどとりきっており、なかなか介入するタイミングがなかった。
118	NSの知識不足。
119	身体的苦痛をとることに、十分とはいえない
120	心を開くことができず介入しきれなかった。
121	患者様の病状が悪化し、患者様に十分に説明して鎮静剤を使用することができなかった
122	治療方針がはっきりせず、受持ちとして充分に関われなかった。
123	入院期間が短かくかわりが十分とれなかった
124	家族が遠方で来れない。又今まで一人ぐらしのため家族も情報がない
125	緩和2ヵ月半ではわからない
126	医師と、その他のスタッフのケア方針の違い。(もっと話し合いお互いの意見を尊重する必要がある。又、もっと患者、家族を巻き込めるだけのケアの力をつけることが大事。)
127	身体的症状が少い為、精神的苦悩までの傾聴にいたらなかった。
128	身体症状のコントロール不良
129	自分(看護者)の知識・経験不足。
130	意識障害があり、意志確認が困難な点があったため。
131	次の世代に伝えたい事について 高年齢でもあり手紙を書く事はできなかった。ご家族と一緒に写真をとった。
132	家族ケアが難しいことが多いため。

133	独身者であり、身内での心のよりどころとする人がいなかった。又プライマリーとしてもそこまでの深い関わりができなかった。
134	②小学生の子どもを残して亡くなったお父さんと関わった際、手紙、ビデオなど残していただけだと心の中では考えていたが。信頼関係を確立してからと考えているうちに時間が過ぎ、状態悪化し叶わないこととなってしまった。とりかかりが遅かった。
135	患者さま、及びご家族の中に入っていくことができなかった為。
136	患者様自身が頑固なところがあり、周りの意見を聞き入れ、それに合わせたり考えをかえるような柔軟さがなかった。気持ちの余裕がなかった。
137	仰臥位のままで、ギアジ20° 位しか上げられず、その状況の中でのQOLを上げる為の方向性を見い出す事が困難な面もあった。
138	プライバシー保ゴの気持ちはあるが、それを言葉に出して伝えたことはない。(入院時アナムネーゼの時はいうけどそれ以外の日常生活の中で)それにさえ許可がいるとは…目からうろこ。
139	余裕がなかった。
140	死や自身の病気について話をすることでされ、恐怖を感じていると思われるときがあると、あえてNsの側から話をもちださない。よけい精神状態を悪化させる可能性有。
141	家族が付添えば落ち着く方だったので最期まで負担をかけた。又苦しい思いを相方にさせてしまった。
142	呼吸苦と全身の痛みを強く訴え、最後まで苦痛を抱えたままのおなくなりとなってしまった。
143	心の救いの再発見において、外部の宗教関係者及び精神的なサポートをできる人々との関わりが無く不可能であった。
144	患者の意志が、家族の介入により曲げられることもあり、本人の尊厳が維持できない
145	状態が悪化していく中、自分で出来ていた事が出来なくなり辛い思いをかかえる患者様に対して、そばにいて思いをきく事が看ゴと書いてもその人らしさを考え出来る事をみつけケアしていく事が希望につながる時もあるがそうでなく生きる希望を失っていく人もおり悩む事がある
146	患者本人の思いを十分に確認できなかった。
147	子ども達との思い出作りをしたいと言っていたのにチャンスを作ってあげられなかった。
148	宗教関係者や、精神的に支持してくれる方がなかなか見つからない。
149	Pt、家族のニーズが高すぎる。
150	急変の患者が多数。全くコミュニケーションがとれていない中での死去のため、十分に関われず
151	本人の思いを十分にきくことができていない。日勤では4～5名、夜勤では10～12名ほど担当しています。マンパワー不足を感じます。
152	病気について、理解はしていても死の受容ができないPtとどう関わっていいかわからなかった。
153	アセスメントが正確でなかった
154	病気について、患者様、家族が話し合わないこと。どのように過ごしたいか、などスタッフが介入してもにごされることもあるため。
155	坐位保持困難となり全身倦怠感著明にあり、臥床生活となった為ベット周囲の整理を行った時、毎日、常に触れていたパソコンをクローゼットに片付けた時、患者様より「パソコンは出して」と言われた。実際にパソコンを使用する事は出来なくなったが患者様の思いを十分に配慮できていなかったと反省した
156	高齢の方で(1と同じ方)片眼の横の腫瘍が大きくなっていくにつれ、会話をしなくなり、患者さんの思いをうまくつかむことができなかった。
157	十分にコミュニケーション(左口角の荒れあり)がもてなかった。ききとりにくく、聞きかえすこともあった。家族を介することもあったが家族もききとりにくかった。
158	これは、ここに記すべき事柄ではないと思いますが看護力不足もあります。当院では定数21名に対し、看護師は14名です。満床近くなると、一般病棟と同じです。単身者の方もいらっしゃいます。高令の方も多です。ゆっくりベッドサイドに行けなかったり、入浴を断ったりする事さえあります。自己の看護力不足も当然ありますが、看護師の定数もあると思います
159	(5)①患者自身が予後を知らなかった時や受け入れがまだ出来ておらず初期の時点で医学的決定の場に参加し意見を尊重させる事がむずかしいので医療者がはじめに思いや希望をきき、その内容についてスタッフ間や家族で話し合う場合があった。本人が参加していれば、もしかしたら異なる結果になっていたかもしれない(医学的な話しをきくと思いが変わるかもしれないから)
160	本人の意志が不明で迷いがあった。
161	傾眠状態で意志疎通が困難。
162	家族のまき込みが足りなかった。(面会は毎日来ていたが、それが患者の精神的な負担となっていた。)
163	何がその人に大切かを、見い出せなかった
164	質問21に対しては踏み込んで患者に介入できなかった。
165	徐々に病状も進行したり、急速な四肢マヒにより、機能低下を来たすPtさんに対し、残存能力に対する尊厳はしているように思っているもできていないだろう
166	せん妄症状が出現し、せん妄の治療を行っても、うまくいかなかった場合。
167	業務が忙しく、ゆっくりと時間がとれない。
168	病状の進行が早かった。
169	入院後間もなく、信頼関係の構築の未熟さ。
170	患者本人が現状を把握できていないと問21のような関わりは難しく、タイミングが重要であると思う。患者本人からそのような話題にならないと切り出しにくい話題である。
171	症状コントロールがなかなかつかず苦痛を思うようにとりきれなかった。
172	身体症状が十分にコントロールされていない。
173	抑うつもあり、内服でコントロールをはかっていたが、拒薬もあることでコントロールが不良となり、活動性が低下してしまった。
174	心理的悩み:緩和ケア病棟に来れば症状も気持ちも楽になり解放されるはずとの期待の大きさと、現状にギャップがあり、ともに支える姿勢で傾聴していったがPtの求めるケアに至れなかった。
175	関わる時間が十分ない(経過が早い、業務に追われる)
176	顔ぼうの変化激しく、本人の本来の姿が失われていた。
177	家族の葛藤、受容を助けることができなかった＝患者自身にも辛い思いをさせたと思う。
178	終末期を、どのようにすごそうかと考えられる余裕もない様でしたし、終末期であることを、感じておられるのかもわからないところもありました。
179	口数が少なく、本人の意志表示も少なく、思いをうまく引き出すことができていなかったと思うから。本人の欲求・希望を理解することができていな

	かった。
180	他者に対する愛情の深さや、思いの深さの不足。
181	症状コントロールが充分にできなかった。
182	病状進行による不安・悲嘆つよく尊厳を保つことへ積極的にアプローチすることができていなかったように思う。
183	症状緩和が不十分であった
184	チーム医療、活動
185	気持ちを聞けないままに亡くなられた。側にいる時間を増やすべきだった。
186	患者さんの思いと家族の思いが違っている場合。
187	受け持ちの期間が短かった。
188	下半身麻痺で自力での体動は上半身のみであり、ベットからはなれることはほとんどなかったこともあり、本人の希望がないと具体的にすすめられなかったため。
189	関わる期間があまりに短かすぎて、転入される時点で御本人の意志確認が難しく。など
190	屈しない力、闘病意欲に対してはほとんどできていない。治療がなく緩和ケアに入院された方で闘病意欲のない方に対する援助とはどのようなことかよく分らない
191	症状コントロール(身体面)にばかりとらわれすぎていた。
192	状態のアセスメントが不十分で、苦痛の除去に対する方法を十分行えていなかった。
193	上記の1、に関連することではあるが、医療者側の思いが先行する場合。
194	転移、再発に対しての正しい説明を受けてないまま、PCU入院という形になり(家族の本人を守ってあげたい気持ちから、正しい病状説明を行うことの拒否があった)本人が、現実病状と将来に対してかけはなれていく状態に、苦しんでいた。→ここにケアを見出せなかった。
195	疼痛コントロールがうまく調整できていない患者様がいて、苦痛をとって欲しいという本人の思いが達成できずになくなってしまった。入院から看取りまでの期間が1週間と短い患者が多くなってきている
196	高カルシウム血症、脳メタの進行せん妄により本人の意志が確認難しかった。
197	混乱が強く、目的とする治療が、行えなかったため、鎮静療法を開始した。勿論家族も同意していたが、その後家族間で意見が分かれてしまい、治療の評価が不十分になった。(最終的には鎮静を解除したが全身状態が悪化、意識レベルが低下)
198	本人の混乱(せん妄)、意識レベルの低下から意志をくみとれなかった。
199	じっくり関わる時間がなく、もっと話を聞く時間やゆっくり関わる時間がもてればよかった。
200	家族の病状認識が悪く、家族のサポートを十分に本人が受けられなかった。Nsサイドも介入できなかった。
201	入院当初から、御家族の介入を希望せず、面会も少ない状況が続いた。体力低下が進む中、家人へその都度状況を伝え、御本人の心細さも伝えていったが、それまでの長い年月における家族関係の難しさもあり、ぎりぎりの段階まで御家族が揃うことはなく、不安・淋しさをやわらげるのが難しい状況だった
202	本人の意志表示が困難であった(脳梗塞、脳metu等あり)
203	その方の、これまでの人生、生き方、価値観をよく把握していないと感じる時。
204	業務におわれ深く関わられてない
205	緩和ケア病棟にくるのには、早かったように思う
206	倦怠感が強い
207	世代に伝えることも家人に対して思い残すことはないか家族に何か聞きたいことは何かないかetcという反応だった
208	病状の進行が思いがけず早くコミュニケーションがとりにくい時。
209	精神状態がうつ状態の時など関わりに限度がある。
210	入院～退院までが短くかわる時間が少なかった
211	入院時より患者は疼痛、全身倦怠感あり症状増強によりパニックに陥りやすかったこと、元々精神的不安定であったため介入困難だった
212	ケイレン予防の内服が味が苦く服用困難であったが本人は「Drから言われていたから」という思い強く無理をしていた。無理をしなくてよい事も伝えたが、言えば言うほど頑張りとうとする様子があった。
213	医療者としてはまず患者の尊厳を守ることを第一に考えるべきかもしれないが、時に家族がそれを阻むことがある。「病気のことではっきりしないこと」への対応を、家族が患者へのマイナスの影響を心配して拒む場合。それが「自律のレベル」への対応にも影響し患者が自己で意思決定することを困難にする。また病状を察知させないようにするために「心残りなこと」への対応も困難となる。このような家族側の要因が患者の尊厳を守ることを困難にするため、家族へのアプローチから始めてきうる範囲での患者へのアプローチとなる。
214	身内が居ない為本人の意志表示をしてくれる方がいなかった。
215	医療者に対し拒否する傾向が強かったため、うまくコミュニケーションが図れなかった
216	入院から退院までの期間が短かく、信頼関係を樹立まで至らなかった。
217	・病院の設備の問題。・Drの見解
218	認知症のある患者
219	専門家(精神科医、心理療法士等)の介入が必要だったができなかった。

	問 3-3
1	家族の介入が不十分だった
2	意識障害
3	1、2に関連し、大切な人の苦しむ姿を見ていた家族も辛い思いを抱いてしまった。
4	意識障害のため、本人の意志が理解出来ない。
5	セデーションについても、意識が明瞭とはいえない状態の中での説明ではなく、本人の思考が十分クリアな状態の時、本人へ説明すべきで、その

	中で、本人がどうしたいかという事が、話し合われるべきだと思うが、説明の時期にズレを生じていると思う。
6	自分自身の力不足から、患者様の不安・悔みにどう対処していくか思い悔む事が多い
7	ホスピス(緩和ケア)とは、何なのか、“死”ということはどういう事なのか、考えがあさはか。
8	ナースが不足
9	娘さんの気持ちも最後までゆれ動き、看取りの日まで、急性期に移るかどうかを、悩んでいた。その思いにうまく関わっていきなかった。今思えば、もっと早くと思う。
10	緩和ケア棟を選択された段階で御自分の中である程度整理してこられている面もあっている。
11	病状進行が急激でせん妄→意識レベル低下へとすぐに移行した。
12	元々おまかせ医療や生活をしてきた人で「自分」を
13	普通の生活の楽しみは、入院生活が長い患者には、とくに難しく、なかなかその人、その人に調度いいものを見つけてあげられなかった
14	夜間不眠でせん妄状態であるため転倒をくり返される患者様がいた。頻回訪室にて対応したが、限界があり、家族が付き添われるようになって軽減みられた。患者様は安定されたが、家族の方に負担がかかってしまった。負担を少しでも軽減できるような社会資源の活用や休息を促すなど、フォローがあまりできていなかったのが理由だと思う。
15	心の救いを再発見して頂けるような援助はむずかしい
16	内面的な部分を他者に話すということに慣れていない患者様への関わり方が不十分。コミュニケーション技術が未熟。
17	家庭環境から本人をしっかりサポートする家族がおらず、私達も家族に十分にかかわれなかった。
18	せん妄があり、意志のそ通が不可能な症例。
19	家族の中でも主に面会に来る方とあまり面会に来られずこちらに怒りをぶつける方とおられ、Nsが心情的に主に面会にいらっしゃる方へ傾むいていた公平さに欠くところがあった。
20	家族との良い時間がやゝ短かったと思われる。
21	本人の価値観を大切にすることは、とても重要だが病院という施設の中ではむづかしいことがある。
22	・生活歴の中で、自分の意思で、物事を決定していくという場面が少く、ささいなことにも、自己判断できなかつた。
23	家族の悲嘆が強かった。家族は闘病への意欲高く、病状進行と共に面会が遠のいていった。家族のサポートは十分であったか。
24	家族とのコミュニケーションを深める時間がなかった。(来院時間が短かったこともあり)
25	現在スタッフ不足で、患者様や家族とゆつくり話をする時間をもつ機会が少ない入院してくる時点で一般状態があまりにも無い場合が多い。
26	患者様との信頼関係が築けなかつた。(短期間の入院・病状の急速な進行により意識レベルが低下していたり…)
27	ケアを提供するがほとんど拒否された。
28	20. familyの負担感 面会が少なく、ゆつくり気持ちを伺う機会がなかった
29	2006. 4月の医療の変動にて、プライバシーの保護、医療者を守る内容など、必要な事と、頭で理解はできるが、日々小さな内容で前より制限された医療になってきているように感じる。
30	症状コントロールが上手くいかず、辛さでその方の人柄が変化してしまった時
31	尊厳と自律についての教育の場の不足
32	物理的、人的資源の不足
33	患者、家族の価値感を把握できていなかったために、ケアの方向性に迷ってしまった。
34	症状コントロールができないと、ゆつくりとした時間がもてないため。
35	安楽なケアにつながる様、色々ところみながなかなか安楽なケアにつながらなかつた
36	本人の意志をきいたりしてその性格を把握する時間がなかった。
37	家族への疲労に対するフォローがもう少し出来たのでは…と。
38	関わりの中でポジティブな言動はほとんどきかれなかつた。
39	ひどい難聴と複視があったためコミュニケーション自体がスムーズではなかつた。自分の思い、やりたいことを優先して伝えてしまったため心を聞いてもらえなかつたのだと思う。(まだ入職して間もなく自分にも余裕がなかつた)
40	家族の協力が得られない事例の場合
41	せん妄状態への対応
42	その人そのものの性格があり、入りこめなかつた。
43	症状コントロールが出来ても今まで生活リズムで対応しまった
44	闘病意欲の項目は、私の中で緩和ケア病棟は病と闘う場所ではないと思っているので全くできていない。
45	ケアにおわれ、精神的サポートが出来ない
46	心の救いの提供は、求めていない方には必要がない。看護師や家族、ボランティア、医師など、それぞれ関わる中で、傾聴していれば、あえて宗教等提供する必要はないと考える。
47	病院のシステム、業務の流れ上、患者様にそうことが出来ていたか不安
48	症状コントロールができず、薬ではなかつた。身体的にDrのかかわりが深く入ろうとしていなかつた。把握されていなかつたと思う。
49	家人と本人の望むことに違いが多くあり、統一もできなければ両方ケア等に組み入れていくことに時間がかかった。後にやりたいと思うことが多く出てきたがやり切れないことが一部残ってしまった
50	ゆつくり話がしたい、お茶を飲みたいという思いがあっても業務の時間上、本人の希望する時間に行えないことがあった。行えたとしても、Nsの時間に合わせてくれるケースが多いから。
51	ありのままの自分を受け入れること。穏やかに過ごすことを目標においており患者さんの意思で闘病意欲・屈しない力などの思いの表出がない限りあまりそこには関わらない。
52	行動や言動に振り回されてしまう自分に自信が持てず関わりからにげようと思ってしまう事がある。
53	意識のない患者様にとって尊厳とは何なのか。配慮できなかつた。
54	家族との情報交換や主治医の治療方針が途上の中、症状の進行が早かった。患者さまの望むペインコントロールまで仲々到達しないまま、スピリ

	チュアルペインが大きくなり、尊厳を保ちつつ、最期を迎えることが出来なかったのではないかと悔やまれる。
55	(転院前からの)症状コントロールの導入が遅かったこと。症状コントロール不十分にてPtの思い気持ちが充分把握できなかった。
56	主治医の先生によってはPainコントロールの方法、麻薬及びNSAIDsの使い方が遅く、患者様に無用な痛みを長期間与えてしまうこと。痛がっている患者様をみている家族にも痛みを、与えてしまうこと。
57	各スタッフの中での緩和ケアのあり方に考えの差がある時も
58	医療スタッフ間での関わりの評価について模索ばかりで患者様、御家族と、スタッフ間でのそれぞれの想いが確認しきれていないのでこれで良かったと評価できない。
59	自立しようと頑張っている患者様の身体損傷リスクを考えた場合、センサーコールをやむを得ず使用する事がある
60	意義や価値感のある活動がその患者にとって不可能な事である時の生きる意味や、充実感のある活動へのサポートがうまく見つけられない。
61	家族とご本人様の関りについて、積極的ではなかった
62	入院期間が1weekと短かった。
63	身体的苦痛が強くなった時本人はどうしたいのかなど聞くことができなかった
64	「尊厳死を希望する、子どもには知らせない、苦痛のないように」という考えを最初から提示しており、伴侶も同意したため薬剤(鎮静剤)を使用した。その後、子どもが家族から連絡を受けたと来棟し、医療者が一存で薬を使ったかのように誤解し、暴言を吐いたり、他の家族となぐり合う寸前までいってしまった。伴侶は自分は知らないという態度で通した。
65	社会的入院であり、本人は帰りたい一人暮らしで退院出来ない。本人は家人に迷惑をかけることを望んでおらず入院しているが辛い思いをしている。
66	認知症患者の対応
67	ホスピスに対し、楽に死ねるところという認識をもっているPt、家人が多数おり、なかなか誤解をとくことができなかった。
68	余命が伝えられておらず、心残りなど深い話ができなかった。
69	スピリチュアルペインを訴えられる患者様に対して十分に援助することができなかった
70	緩和ケアの経験がなく、身体的な面にばかり考えがいき、精神的な面での援助が十分できていない
71	自分の能力が低い
72	緩和2か月半ではわからない
73	スタッフひとりひとりをもっと感性を磨く必要がある。
74	家族の意向が強く、本人の意志や意向が大事にしにくかった。
75	関わる期間の短かさ
76	心の救いが十分ではなかった。(スタッフ、時間、人材不足のため。)
77	16の心の救いの再発見まで、なかなか多忙な業務のなかで、支援することが難しい。
78	入院前に身辺整理をすませた方だった。
79	⑩当院にはチャプレンなどいないため。
80	人間関係及び信頼関係がきずけなかった為。
81	ご自身の思いを口に出して伝える事をされる方ではなくこちらから引き出していかねばならず、なかなか難しかった。
82	心の救い 宗教関係者との関わりがもてるようなシステムはない。
83	尊厳の幅が広すぎる。
84	高令者、認知症の方が多いの1つの要素であろうが、ホスピスに入院されて、残りの人生で、何々をしておきたいと具体的な目標や希望をもっている方が少ない。
85	余命を伝え、それ以上に長く生きられたが、余命の日まで指折りかぞえている姿が辛いように感じた。
86	キーパーソン以外のまわりの家族に対する関わりの不足。
87	患者の意識レベルの低下によって、コミュニケーションの対象が家族に移行することが多い。このため、本人の尊厳というよりは家族ケアになっているケアも多くある。
88	Ptの思いを聞きDrへ伝えるもNsとのアセスメントにズレありPtにとって好ましい結果につながらない事も多い気がする。
89	患者より、家族の方がターミナル期になると要望、訴えが大きく(強い)なかなか、患者本人自身と積極的に今後の過ごし方、などについて決めることが多い。
90	ボランティア、PT、OT、薬剤師との連携不足を感じます。また当院では、臨床心理師はおかれておらず、宗教的な役割をうけもつ方もいません。この部分のサポートが弱いです。
91	スタッフ同士、Ns、Dr、MSWなどとの連系不足。意見が違ったりすること、ディスカッションが少ない
92	生きた証を残すことに関して、話をきりだせない。治験薬でも試してみたいという希望が強い人のため。
93	状態が悪くなった時のアセスメントが不十分ではなかったかと思う
94	こちらが良いと思う事、又、今の時期にぜひと思った事等は御本人、家族の思いとは異なった。(例)外泊や外出又は付き添い等。でも、カンファする中で、私達が思う事を患者様に押しつける気持ちがあったのではないかと思います。私達ができなかったと思う事は、実は患者様達は希望されなかった事かと。
95	(12)①病名や予後を前院で告げられる事なく当院へ来て、当院にて告知を受けているため準備をする時間やそれを行う事ができなかった。②家族が受け入れられておらず家族自身も受け入れられていない。
96	Drとの方針の違いがあった。
97	思いを傾聴する時間をゆつくりとる必要があった。
98	家族と共に看守ったという実感がない
99	質問16に対しては患者が希望されなかった。
100	患者自身が、自己の病状について否認している場合。

101	情報不足
102	あまり面会に来られない家族に対してのアプローチやケアがうまくできていなかったと感じた。
103	医療者側では介入困難な家族の問題がある
104	コミュニケーションが難しい場合が多い(希望、要望がつかめない)
105	臭気や全体的なムードが思いきり変っていた。
106	自分自身“尊厳”という言葉に対し、深く追求することがなかったためケアとしてこれらがうすかったと思ったため。
107	患者様に対し、どうアプローチしていくかという積極性に欠けたと思います。
108	本人との関係をさきず前に状態が悪化し、旅立たれた。短期間で、他に何かできなかったかと今も、心に残る部分がある。
109	家族へのフォローをどうしていいかわからなかった。疲労感強く、傾聴することしか出来なかった。
110	思いを表出させる雰囲気づくりなどコミュニケーション能力が不足した。
111	患者との深い部分でのコミュニケーション不足だと思う。
112	情報収集が十分にできていないことあり。
113	家族への思い又、家族の思いのはしわたしが、スムーズにできなかった。関係は良好であり、それにゆだねてしまっていた。
114	本人の思いを、ひき出せない時。
115	感情の表現が得意ではない患者さんの本当の気持ち、ニーズ、希望をつかめずにいたこと。
116	家族と患者様と思いが違っていたりすることが多く家族の関わりが少い患者様が最近多く見られる。入院できたら、1週間に1度短時間での面会で終わってしまうなど、家族の関わりが必要であることを説明しても変化が見られない家族がいる。
117	家族のサポート力が少なく、本人の意志の代弁をする方も、うまく設定できなかった。
118	患者の代弁者である家族の意見が揺れてしまったことから、主治医とスタッフ間でも意見が割れ、カンファレンスに時間を要した。
119	あまりにも同じことをくり返し言われたり、Nsにつらくあたられかかわりに疲れた
120	ソーシャルサポートにも特に必要とも思えなくて参加はなかった
121	家族が少なかったら、来られなかったりして、把握できる情報が少ない。
122	余命が数日～数週間という事で関わっていく時間が短い。
123	発症の時点で末期の状態であり家族の悲嘆の強さが怒りとして医療者に現れることが多く患者へのアプローチも拒んだため
124	まだまだ私自身が未熟です
125	「心の救いの再発見」へのアプローチとしては、日本人は宗教を信仰している人は少数で、救いとはならず、なかなか宗教関係者の関わりにもっていきにくい部分がある。患者の支えが医療者や家族である場合が多いが、家族の協力が得られない(共働きなどで忙がしいと言う)ために十分な患者へのケアに至らず、患者が支えられながら生きることができているとは思えていなかった様子がある。医療者としても24時間そばにすることはできず、求めに応じることは困難であった。
126	余命わずかでの入院が多すぎ、質問項目のケアの中で、時間がなくできない物もある。
127	状態悪化が急激な患者

	問4【自由記載】終末期の患者様の「尊厳」についてのお考えを、自由にお書き下さい。
1	できる限り、その人らしく生きぬくことかな、と思います。
2	「尊厳」を守るためには患者自身が告知され、終末期をどう生きたいかある程度意志が決まっていることが大切だと思う
3	最期までその人らしくあると、患者さん自身が感じられること
4	どこまで、患者さんが、自分の疾患について理解されているか。病名告知も含み、チーム医療の中でもっと患者さんが中心におかれなければならないと思う
5	症状(苦痛)がない状態で患者自身の生活を普通に過ごせるという、あたり前の事を尊重する。患者の思いを尊重し、患者自身が選択することをサポートすること。
6	せん妄、認知症)がひどく転落のリスクが高い人で本人の意思が確認むずかしい状況となった時等、当院では危険から守るという目的でbedではなくマットを敷いて、休んでもらうスタイルをとることがある。転倒、転落のリスク面から考えると安全だと思うが、今まで人生を歩んでこられた人の最後の病室と考えると辛いものを感じる。病状はサマリーで引きつかれるか、その方の人となり、ポリシー、大切にしていることが看護の中でホスピス等へ転院時継続されていくことはない。この人の生き方のサポートになっているのか。自分達が主導権をもっていないかいつも考えさせられる。
7	尊厳は最後まで守られるべきもの。医療者側の考えや思いに患者様を合わせることはしない。
8	自分らしく生きる事を支えるという中に、尊厳を守るという事は大変重要な事だと考えます。それは、自律を支えるという事であり、又、個人のありのままを受け入れたケアがなされる事だと思います。医療者側は治療・リスク…選択肢等、十分な説明を行なう必要があり、その中で患者様が、何をしたいかという意志の確認の上医療を提供すべきだと考えます。
9	患者様の残された時間を悔いのない様に援助していきたいのですが、告知していない方がほとんどで、または認知症の方であったりという状況なのでそんな中で終末期患者様の「尊厳」をどうしていくかをチームで話し合い(医師、Ns)“患者様にとって”について考えていくべきだと思います。
10	今の自分で考えられる事は、この仕事だけではなく、人として、もっとも考えなければいけない部分で、相手を尊厳できたか、の答を出す事は、自分ではとても難しい。死が間近になって、残りの時間をどれだけおだやかに過ごせるか、どのようなかかわりが必要なのかを常に考え行動できるかが重要だと思います。
11	個々の患者様の生きてきた過程や、またその人それぞれの考え方を理解した上で、その人に一番ふさわしいケアをすることで、その患者様の尊厳は保たれるのではないかと考えます。
12	身体的悩みはある程度解決できているが、心理的悩み、未来への希望、心の救いの再発見などはなかなかケアできていない。自分もかまえてしまったり、適切に助言やケアができるだけの力をそなえていないのも問題であると思う。もっとスピリチュアル的な研修があると良い。

13	人それぞれ大切にしている物、思いは違うため、その人その人で関わりを工夫したり変えていかなければと思います。
14	患者様の尊厳を保持する為に、家族へのケアも難しいと感じる
15	例えば、ご家族が、望まれなかったことでも、患者様が、望まれたり、大切に思っていることは、同じような視点で考えていきたいと思っています。患者様の思いを受け取め、医療者はもちろんですが、家族にも、伝えていくことも重要だと思います。
16	確実な尊厳を守る事は、厳しいと思うし、考えると、在宅看護の方が、その方にとっての尊厳を守る事のできる方法だと思う。しかし、家族の介護疲労を考えると、私には、どちらとも言えず、病棟で勤務しながらも常に考える事です
17	終末期特有の…という風には、思い浮かびません。どのステージにおいても、同じと考えています。対象を1人の人として関わった時、当然の感覚だと思います。
18	どうですか？と聞いて答えてくれるものでなく、内に秘めたり、親類関係が築けた所から始まったり、とともたえずらいことです。その人の考え方、育った環境など様々な条件で考えは無数になります。そのため、個人、個人に合わせた対応を工夫したり、チーム内で協力して関わることで情報を得たり、ケアをすすめていく必要があると思います。尊厳を測定できるようなスケールがあれば是非使用したいものです。またよほどの悪い対応をしなければ、個別性はとられませんが、最低レベルでも確保は可能と思う。それを高めるためにもチームアプローチ、コミュニケーション技術が重要となってくると思います。
19	“尊厳”とは言葉では表現できても、具体的行動レベルで表現するのは難しい。その人その人によって価値感、役割も含めて、大切にしているもの、考え方も様々であり、一律ではないと思う。その人の立場にどれだけたってケアしていけるのか…難しいと思います。
20	ホスピスで終末期を過ごされる患者・家族は、急性期で最期を向かえる人達よりも大変だと思う。それは、急性期で過ごしていた人達よりも、死について考え、しっかりと感じている人が多いと思ったからです。その人達をサポートする事は大変だと感じています。厚労省のガイドラインは、誰が決める。誰が決めると言った事ばかりで現場の尊厳とは、ズレている……ちょっと違うといった感想でした。
21	緩和ケア棟で過ごしていただく患者様の思いは様々であり、その方々の思いに添える様関わっていく中で、“今”しかない時間を共有させていただいている自分を日々有難く接している。患者様を中心に御家族を交えた思いを大切にしながら時間を共有し関わっていきたくて日々感謝している。
22	尊厳を保つには、患者自身が告知を受け、自身のことを決められる環境にあることがとても大事と考える。告知がなければ推測でのケアになり、尊厳を保持するケアであったかの評価は難しいと感じている。
23	尊厳についてのかかわりはとても重要であると思う。自己実現のために御本人が意志を伝えてくださる場合は特にこちらにも意を添いたいと思っています。できていたかどうかの評価は、自己判断で、自己満足であるかもしれない。意志を伝えられない方の尊厳もあると思いますが、今はどのように考えればよいかわかりません。
24	すべてのケア、行動を行う上で患者様を1人の人間として尊敬しながら実施している。
25	私たち医療者にとってよりよいものではなく、患者様の「その人らしさ」を大切にしたい。
26	医療の現場はあわただしく緩和ケア病棟においても十分に関わる事は難しい現場にいる者はジレンマを感じている。
27	その人らしさを大切にすることその人のそのまんまを大切にすることすでにその人はその人らしく生きているところからスタート。非常にこたえにくかったです。単純に質問項目を選択しきれなさを感じました選択させていただいたもの(自分で選択したもの)の真実かどうか疑問を感じます。
28	その人が生きてきた、生活過程を大切に、最期までその人らしく過ごしてもらおう。
29	終末期である、ないに関わらず、患者の価値感や考え、今までの人生、生き方など、その人の全ても否定することなく受け止めながらかわることが尊厳なのだと思います。それは、1つのことだけでなく、いくつものことが複雑にからみ合っているため、1つの事柄だけでどうこう言えるものではないし、看護者が尊厳を保ったかどうかということではなく、患者が自分の尊厳を保たれたと感じられるかどうかなので、患者自身が評価するものだと思います。
30	最期の最期まで、人間らしく、その人らしくあること。
31	今まで、その人がどのように考え、どのように対処してきたのか、その人の生活過程の中にその人の尊厳と思えることがあると考えている。最期の時までその人がどう生きていきたいかを支えていくことが患者の尊厳を保つことになると思う。
32	・その人や、家族がのぞむ死や看取りをするためには、その人と尊厳をもってかわらなくてはならないもの。
33	人として、その人らしさなど最期まで尊重し、愛情をむける事が重要。
34	家族を含めた環境の中で、Ptの思いを最大限に尊重し、助け合いながら生きていくこと、少しでも心のクオリティが向上できていくこと。
35	他者に依存する生活であっても自律した存在としていられること。
36	その人の人生や価値感などその人らしさを尊重し、大切に接していくことは基本となる重要なことだと考えています。
37	尊厳は人間に平等に必要であり守られなければならないものですが、ターミナル期においては特に命そのものと向き合わなければならない状況にあり、心・身・社・スピリチュアルな面をトータルに見て尊厳を守るためのケアに心を配る必要があると思います。
38	緩和に勤務はまだ一年にもならず日々思い悩み考えているところです。
39	その人が何を大事に思ってこれまでの人生を過ごされてきたのかとか、その人の考え方とか、その人の家族とか、一言では言い表せないけれど、その人らしさを、さいごまでサポートし続けることが大切だと思います。しかし自分で、歩けなくなったり、話せなくなったりすると私たち、看護する側よりも患者さん自身のほうが「尊厳なんてあるのか」と思っているかもしれないけれど、(自分だったら思うかもしれないので)本当に最期の患者さんの言葉を(尊厳について)聞けないので分かりませんが、本人や、家族の情報から、その人らしさを保てるように最期までかわられる様に心がけています。
40	最期の瞬間まで、その人らしく、生きてきたことに感謝の気持ちを少しでも持って過ごせること。
41	たとえ寝たきりで身体機能が低下していても本人がしっかりと考えをもち何らかの手段でそれを伝えられ、回りがそれを尊重できると尊厳は保たれると思う。身体症状のコントロールが一番のキートとなる、せん妄があると家族は尊厳を保った関わりの仕方ができにくくなる
42	尊厳が守られている時には「尊厳」について意識している患者様はほとんどいない。尊厳が守られていないと患者様が少しでも感じた時に、早い段階でそれをスタッフに伝え、ケアを見直していけるように、患者様が思ったことをすぐに言えるようにするためには日頃のコミュニケーションと信頼関係が大切だと思う。
43	その患者が強くと求めることに対して、深く重みをもち対応することが必要だと思います。
44	その人、それぞれ尊厳の意味は違う。だから終末に限らず、すべての命には尊厳があると思う。

45	プライバシーの保ち、その人らしさを尊重すること。
46	その人らしく終末期を過ごしてもらいたいが、希望を受け入れる側にも限界がある。今後、ボランティア介入や、家族の介入の仕方等改善されていけば、Nsのみが頑張る事なく皆で良い終末期医療を患者様に提供できるのではないかとと思う
47	◎最後のその時迄その人らしく、その人で居られる様看護していく、と考えてます。
48	その患者様がどう生きてこられたのかを理解し各個人の終末期である事へのとらえ方を個別に判断し、対応していくべきだと考えます。“その方らしさ”を保ち、その方を支える方々へのサポートをどれだけ行えるかが「尊厳」につながるのではないかと思います。人間誰でも身体的苦痛、精神的苦痛に苦しむのは嫌です。持続する様々な苦痛は人格をも変化させていきます。それにいかに対応できる者がいるかいないかにより、その方の「尊厳」そのものも左右されるような気がします。
49	自分が自分らしくいられるための事だと思います。
50	身体的な苦痛をまず取り除く(緩和し)ことに努力し、その後心理的苦痛に思っていること(患者が)について一緒に解決できるようとり組み、患者様が最後までその人らしく過ごせる様保証しなければならぬと考えます。
51	苦痛を取り除き、意識がしっかりしてる患者様には生きている、愛されているという思いを感じさせられるケアを提供できることによって、尊厳が守られるのでは、ないでしょうか
52	問3でも書いたように、患者様の状態が悪化し、御自分で意思決定が困難となった時、御家族の思いに変化が生じ、患者様の望む死を迎えられなかった場合は「尊厳」という点において、どう考えていけばよいのか迷うことがあります。できる限り尊厳を保持できるような終末期医療、看護を提供できるよう関わっていかれたらと思います。
53	終末期においてPt自身の尊厳が保持されることは難しい。自己決定権を保持し、自分らしい「生き方」「死に方」が出来る様にケアしていかなければいけない。
54	痛みや嘔気など各症状のコントロールが良好にでき、安楽でその人らしい生活を送ることが「尊厳」だと思う。生きがいや役割をもち、家族との大切な時間を過ごすことのできるよう援助することが大切。しかし、患者様のなかには上記のようなことを望まず、「何もせずそっと自然に」という考えの方もいる。ベストな状態をキープすることが尊厳ではなく、本当に患者様が何を望んでいるのか、その人らしく生活できることが「尊厳」だと考える。
55	本人の人生観、死生観を尊重する。できる範囲で家族をふくめサポートする。本人の立場、役割、家族関係、他様々な事情を理解する
56	患者様の意志を尊重する事はとても重要な事であり、出来るだけ沿いたいと考えている。しかし、十分な考えられる能力が失われていく状況にあるため、コミュニケーションスキルをみがかねなければならないと常に考え精神している。
57	人間らしさを保ちその人らしさが維持できること。自分がどのような死を迎えたいというのを持っている。
58	意識レベルの低下やせん妄状態等により、終末期の尊厳は軽視され易い現状がある。しかしどの様な状態になっても、人は自分が尊厳を持って扱われているかそうでないかは感じ取れているのだと思う。
59	終末期になるとせん妄状態になることが多く、一般病棟ではせん妄として対処され尊厳が失われやすいがその一因に痛みが充分コントロールされていないことがとても多い。痛みを緩和することでせん妄状態がおちつき、この人の思いや、正常な会話ができることがある。せん妄状態だから痛みを緩和することを中断せずに、痛みの医療をつづけながらせん妄状態になることはあってもその人としての尊厳を重じながらかわり(ケア)をもつことが大切だと思う。
60	身体機能も人間関係の自由もばわられていく中で、その方に残されたものは、プライドに偏るのは当然のことと思います。尊厳ある選択の自由意志を可能な限り
61	発病前より尊厳や終末期について話す機会に恵まれている人は自分の内面について話しやすい傾向がある。終末期だから尊厳について考えるのではなく、折りにふれ、尊厳や人生観などについて考える機会があれば、終末期になっても尊厳について自分の考えを整理しやすくなるのではないかと。
62	病気になってから、または病状が悪くなってから、延命について、考える余裕はないと思うので、元気な時から自分の人生について考えておくことが大事である。
63	Drの時期々の告知-告知後の充分なフォロー(Pt、家人を含む)意志のソ通が可能な状況での本人の意志の確認等の点においてだけでも病院、Dr、Nr価値観の違いレベルの差があるのだろうと思う。その人らしく生きその人らしく死んでいけるような援助を少しでも心掛けたい。
64	私達には、何んでもないような僅かな時間でも、患者様にとっては、とても重く貴重なものであること。言葉一つ一つの重みを実感し、大切にしています。
65	色々な考えがあり答えはないと思う。しかし患者様に関わる者としてきちんと倫理的な考え方を学びチームで話し合いを続けていくことが大切だと思っている。
66	個を大切に、ひとりひとりが、その人らしく過ごせたらと思います。
67	癌と病名が付くだけでホスピス入院となるケースもあるように思う。高齢でケアハウス等の入所も病名のために断られる社会的入院のような患者様もおられ、人生の最後をどこで過ごすか、いかに過ごすかはこれから社会全体で考えていかなければいけない課題のような気がします。
68	目の前にいらっしゃる患者様と向き合う時、その方のこれまでの生活過程に関心をよせることで、その患者様を、全人的に理解することができます。そうして始めて、「患者として」ではなく、一人の人間としての「尊厳」が守られるのだと考えています。
69	痛みを我慢する事を人生の終わりと考えておられる方に対し…同意しながらケアしていくのが困難な事がある。痛みがなく苦しみなく穏やかな状態で最期をむかえてほしいという気持ちが尊厳につながると思っている
70	尊厳は守られるべきもので、自分で守ることができなくなったら、周囲の人によって守られるべきものと思う。
71	1人1人違うものであり問1のように選択肢で表現できるものではない
72	・日常性が保たれていることが第一条件である。
73	自己決定権を尊重し、その人らしさを最期まで保てるようQOLをサポートしていくことが尊厳につながると思っている。
74	日本は家族制度の中で患者より、家族の意見が重要視されることが度々ある。尊厳は、患者・家族にとって最良のものと考え、バランスを調整しつつ介入するのが難しい
75	ある程度は、患者を尊厳しなければいけないと思うがそれだけではいけないと思う
76	最期まで、患者様本人の意思を尊重したいが、意識疎通ができなくなった時点で、家族の意思が優先されてしまうことに疑問を感じる事が多い。(例えば患者様は点滴は最期までしないで欲しいと言われるが、家族は点滴して欲しいと言われる)

77	できないことが多い中であって、いかに尊厳が守られているか？今Ptの尊厳は守られているかを常に意識してケアにあたるのが重要と考えています。
78	その人の生きてきた過程を尊重し、どんな状況であっても1人の人として大切に關わる。
79	その人らしく生きることができると。
80	・日常の業ムの中で常に自分に問いながら、今后やっていきたい・常に亡くなっていく方を、目の前にし、これでよかったのかと思うと心がしぼんでいく様
81	どんな患者さんでも今まで生きてきた人生はその人にとって大切なものだと思うので、尊敬の念をもって関わっていきたくと思います。
82	“知る権利”告知については本人の気持ちや状況、家族の意向でされてたり、されてなかったり色々なケースの患者様がいますが、これからどのような症状がでて、どういう風になるのか、ある程度知る事ができる様にできたらと思います。ほとんどが家族の方が本人がショックを受けるからと説明は家族までで止まり本人へは知らされず「何でこうなるんだろう」という思いをもち、状態が良い間に今後のこと知っていれば心残りな事を実施できたのではないかと感じる様なケースを多くみてきました。知る事で受けるショックや悲しみを本人・家族ともに支える事ができる様な環境を作る事ができればいいのですが…
83	決定権を持つこと
84	このアンケートを記入するにあたり「尊厳」について改めて深く考えました。「尊厳」ある最期をすごし、その時を迎えてもらいたい…そのお手伝いをしているのが、医療従事者(NS)である私達なのだと感じ、責任重大だと…。終末期における「尊厳」ということですが、どのタイミングでも、健康である時間でも、…だからこそ自分の生き方・死に方について等、日頃から考えることは大切であり、それができている人は、できていない(できなくなってしまう人も含め)幸せなことだと感じます。
85	その人らしく、最期まで過ごす事ができるようにまた患者様の人格を尊重する。
86	その人の生き方考え方思いを尊重する
87	アンケートの各項目に対しての質問内容、解答の仕方などがわかりにくく、どのように答えていいのかわかりません。「尊厳」についてはわかりますが、もっとわかりやすく設問を設定して下さい。
88	どんなにささいな事であっても、その人にとっては大事なんだという気持ちを忘れず、思いを確認しながらケアすることが大事・大切だと思います。
89	患者がNOと言うことを絶対にしないことだと思っています。医療者にはYesと言いがちであり、医療者には、本音を言えないものだと認識しつづけることです。
90	Ptに接する際は尊厳を亡くなる直前・直後と退院されるまで大事にしたいと思っています。しかし、現在は数日・数時間で帰られる患者様も多く(在宅での時間を大切にされ、ぎりぎりの時まで在宅で過ごされる方が増えていらっしゃるため)その方の尊厳を本当に大切にできているかと疑問になることも多くあります。今回項目のcheckにあたり、少しでも患者様の尊厳を大切にできるよう関わりたいと思いました。
91	患者によって「尊厳」を表わすこと(内容)は違ってくるので、「尊厳」を測定することはとても難しいと感じる。ホスピスケアを行う上では、患者の尊厳を守り、保つことは、重要であるが、「尊厳」という言葉が、広義であるため、もっと柔らかい表現に置きかえられないものか、と考える。
92	今までの人生がよかったと肯定できること。残された時間の中でも、その人らしく考えその人らしく生き抜くことができること。
93	終末期と一言で言っても様々なケースがあり求められるケアも関わり方も全て異なる。人それぞれ大切にしたい事、している事は異なると思う。患者様又はその家族の希望に少しでも添う事。終末期だからと言って、その死だけでなく日常生活の中にも患者様の「尊厳」があり守られるべきモノであると思う。
94	症状コントロールはもちろんのことですが患者様が大切に生きてきた人生や思いを尊重した看護を考えています。患者様より家族の思いが強く医療スタッフへ伝わる場合がありますが、患者様の思いを家族が支えられるよう調整できればと思います。
95	生きて来られた中で、大切にされている物、今までの生活スタイルが変わらずにおくれる事を、Pointsに置きつつ、特に身体的機能低下に伴い、しもの世話を人にゆだねなければならない事は、つらい事なので希望があれば可能な限り自分でトイレに行ける工夫に努めること。又、1番難しさを感じるの、亡くなる数日～の身体的苦痛に対する訴え、セデーションについての対応(“死んでいく事はしょうがないけどそこに行くまで、何がわかるかわからないのが不安である”“楽に死なせて欲しい”)での各患者さんへの尊厳と、家族の思い、特に患者さんと家族との間に差とズレがあると、非常に悩む。限りなく日々考えさせられていると共に、自分もみつめていく事の大切さを実感し尊厳については、いつも念頭に入れてケアしなければと考えるが、実際にはその思いの半分もできていないかもしれません。
96	その方々の生きていく上での大切にしている事を支えながら、共に一緒に歩いていく。恐怖や不安はだれにでもある感情であり、逃げる事も休む事もどれを選んででもそれは、その方にとって必要であり、普通の事である事、その人らしさであるという事
97	終末期に限らず、自分自身で意思を表現する手段、方法を持ってない、又は不十分な方法しか持ってない方については、医療ケアを受ける、提供するにあたって「尊厳」について特に考える必要があると痛感します。ケアを提供する側だけでなく、受ける側も含めた両者が、同じ目線で一緒に考えられたら…と思います。尊厳を保つためには、その時代とその社会に合った倫理観等をふまえて話し合いを重ねていける文化が必要と感じます。よいアンケートをありがとうございました。
98	尊厳を持つて関る事はとても重要であり、いつも念頭において接しているつもりではあるが、本人の思いに添えているかどうかは本人の価値感により違っていると思われる。何を持ってうまく関わられたか、どういう状態がうまく関わられたか判断するポイントはない。あくまでも患者様の評価であり、その患者様の評価は亡くなる以上きく事はできない
99	症状の緩和が十分はかれ、自分らしさを失わず終末期を迎えてほしいが、医療従事者の対応が不十分な時がまだ多いのではないかとと思う。告知をする時から終末期をどう迎えるのか、医療従事者ももっと考えていくべきである。
100	個々の家族、患者の価値感(希望、ニーズなど)を、しっかりと把握し、ケア介入する。その際、医療者の主観的介入ではなく、患者、家族のもっている能力を高めることが「尊厳」ということにもつながるのではないかとと思う。
101	・患者の意思、希望を尊重することが重要であるが、病状変化時にそれをどこまで支えていくことができるか、不安を感じる事が医療者としてある。
102	「尊厳」という言葉の持つ意味・大切さなど十分に理解出来ていないので、今后自分でも学習していき、患者や御家族と関わっていく中で、役立てていきたいと思う。
103	人生の最期を迎えられるにあたり、一部分だけでしか接することはできないが、振り返り(人生を)本人や家族の満足のできるケアをめざしていきたい。
104	人によって大切に思っている物・事・行動・価値感とは全く違います。こちらの考えとは全く違う価値感をもっている方もたくさんいらっしゃるその

	人にとって大切なことをこちらも大切に、尊重することが人としての尊厳を大切にすることにつながるのではないのでしょうか。
105	終末期の患者様の「尊厳」を考えるにあたって、まず安楽を保障する事はとても重要だと考える。人間は苦痛が強いとなかなか生きている意味や希望など考える余裕がない場合が多いと感じる。
106	ご本人の意志の尊重、終末期におけるご本人の人格を大切に接すること。しんどさが強くなって、自分の意志表示がはっきりできなくなったとしても、この人であればどう思うのか、どうなのかを考え、尊重していくこと。
107	せん妄、混乱する前にセデーションについて話し合っておき、それが家族の意見と違っても本人の意志を尊重していくことが大切だと思う。常に患者さんの立場から考えた治療方針やケアをスタッフ全員が共有していく必要があると思う。
108	患者様本人の尊厳を保持するには、様々な出来事を乗り越えなければならない。亡くなる本人にどうであったかはきけないので、家族、医療者共に患者さまのために、悩みつづけることが、本人の尊厳を守ることにつながるのだと思う。
109	人間への畏敬の念が大切。私たち医療者がどのような気もちで関わるかが、問われてくると思う。
110	その人がどのような人生を過ごしてきたかやどのような価値感・考え方をしているかが大きくかわってくると思います
111	「尊厳」という意味においては終末期の…というような時間的に限られたものでもなく、特別なものでもない。人間として人間と接する、自分も相手も人格のある人間として接していくことは常に重要なことである。生命が尽きて終わるのではなく、大切な人として誰かの心の中で生き続けている。そのためこれまで生きてきた証としての尊厳も守られなければならない。肉体も精神も他人によって破壊されることは許されないことなのである。
112	本人の意志、希望がどこまで行ってもらえるかだと思います。会いたい人と会話が出来るとか、食べたいものが食べれる、お風呂に入れるなど。
113	例えば意識障害があり、コミュニケーションがとれない場合であっても、もし今その方が言葉を発して意志表出できれば、どのようにしてもらいたいかと考える。今、目の前にいる方が自分の親であったなら、どのようなケアをしてもらいたいかと考える、ケアをする。医療界の常識に染まらず、一般世間の常識、感覚を忘れないように努力する
114	その方自身が「どう在りたいか…」がある程度表出されないとその方にとっての『尊厳』を保持することは難しいと思います。
115	必ずしも最期に何かを残したり、活動したりしなければならないとは思わない。患者様が生きてきた中で培ってきたスタイルを尊重し、寄り添い、支えることが大切だと思います。
116	悩みながらも自分の意志で、治療や生き方について決定し、最期まで生きること。患者様それぞれの持つ尊厳と大切に考えていきたいと思ってケアにあたっています。
117	その人の大切にしているもの、残された日々をどう過ごしたいのかをできるだけ本人から聴き、その希望に可能な限り近づけること。そのためにはまず身体の苦痛コントロールが一番大切だと思う。それがあってはじめてその人らしさが見えてくる。状態が悪くなった場合患者自身に決定権がなくなるのでその前に予測して本人へ話し本人が決定できるのがベストだと思う。あとは家族へのサポートが十分であればよいと思います
118	最期の時まで、また魂の存在の時でも、尊厳は守られるべきもの。
119	終末期だからこそ尊厳の保持は重要だが、保持しようとすると、家族の負担が大きくなる場合もあり、その調整が難しい
120	患者様家族医療者の全てが満足できる終末期が送れる事例はなくどこかで振りかえると反省点はあります。デスクンファレンスが生かせるよう日々心がけていきたいと考えています。
121	患者様のこれまでの人生、人間性、環境あらゆる面を、尊ぶこと、家人も含め。
122	人生を積んできた経験、その人を1人の人間として尊重し、大切に思うこと。
123	まずは身体的悩みを解決する事から始まる。常にその人の近くにいる事で不安の解決に努めたいその人にとってを視点に看護する事が大切だと思う。
124	1人1人の患者様を最後まで尊重し、その人らしく過ごされる様援助していくことが大切だと思う。
125	緩和ケアにかぎらずすべての患者に尊厳の保持は重要と思います。
126	人生のしめくりであるからこそ、良い最期を迎えていただく為に尊厳を保持することは大切だと思います。
127	質問6について、どういう事か意味が分からない。覚醒を促す為に痛みで対処せよという事か？麻薬の量が過量という事か？死前せん妄状態の場合は？尊厳も個々でかなり違いがあるので、見極めが重要。時間が足りないが。
128	最後まで1人の人間として意識が無い状態。永眠されたあとも、同様に関わっていく事はNsとして当然の事と考えています。自分の意志が伝えられる状態であれば、入院早期から、その人らしさ、大切にしている事、終末の希望など、を情報収集し、それに沿えるよう努力していますが、認知症や、状態不良での入院となると、Ptさまからの情報にむずかしく、家族メインとなりがちですし、その人らしくという尊厳は困難かと思っています。
129	患者様の尊厳を尊重することは非常に大切な事と考えます。その為には、患者様御自身のこと、御家族のことをよく理解し、その上で、看護者としてできること、しなければいけないことを残された時間の中で最大限に行うことは、困難さを伴いますが、患者様の為にプロフェッショナルとして最善を尽くすことを目指して日々仕事をしています。
130	患者自身が自分の思いや意思表示を明確にできる場合は良いが、そうでない場合私達はその人の立場になったつもりで常に考え行動しているがはたしてそれはその人の尊厳につながっているのか、不明である
131	死ぬことも、生きることも同じく、人間が皆、通る道である。生きることも同様、患者様としてではなく、人間としてとらえて関わらせて頂いています。それが、尊厳の尊重につながっていくと考えています。
132	残された自分の時間をどの様に生き、最後を向かえたいか。一スタッフとして本人、家族を支え、その理想に向けサポートが必要。
133	家族の思いや訴えも大切であるが患者様を中心に考えていきたいと思う
134	1～21と各項目をあげられ「尊厳」を考えると十分できていないと考えさせられました。いろんな面から…その人をみていくことは大切である。年齢はと考えるとむりなところもあり、症状緩和できていない人や末期の人には、そこまでのパワー(本人に)ないことも多い。さいごDuするかどうするかなどについても本人の思いに反して、家人の思いでうごいているところも多い。そういう意味では尊重できていないことの多々あり。
135	本人の望むことを、他者の手を借りてでも達成していく過程。何より本人の思うこと、考えていること、胸に秘めていること等、望んだ人生。
136	その人にとって、その人らしく終末期を過ごすこと。
137	・患者の意思を尊重することである。患者の思いを十分に聴き、理解し、一緒になって物事を考えたり、何かをしたり、十分なコミュニケーションを測るようにすることから始まると思う。Nsは、患者の支え手として、時にはアドバイザーとして情報提供したり、行事に参加してもらえよう声かけをしたり、していく。その上で、患者が納得できる人生を送れるようにしていく。患者が最期の時までまっとうできることが尊厳につながると思います。
138	最期までその人らしく、尊重されていること。自分の意思が表現できること。自由であること

139	個人を全人的にとらえる事はとても難しく、時間も必要であり、家族間の問題も生じると、どこに重点を置くべきか見失ってしまう事もある。患者の尊厳を重要である事は、間違いではないが、残される家族にとっては必ずしもプラスとなって働かない場合もあり、ケアの限界を感じる事を知った。
140	終末期医療において、鎮静を考える時いろいろな迷いがあります。充分患者様の尊厳が尊重されたと思えるような、一つの指標が表現されることで鎮静時の裏づけとなると思います。
141	意味、深く、広すぎて、何年経験を積んでも難しいです
142	その方が生きてきた過去を知ること大切だと思うが、今現在、あるいは、これから残された日々をどのように過ごしたいのか。生きている証を残したいのか、コミュニケーションのとり方、そのプロセスがとても大事になってくると考えます。人間はひとりでは生きられません。その方を敬い、学ばせて頂く姿勢を忘れず、人間対人間の関係を築き、その方が考える又は、思っている尊厳を持って死に臨めるような一助となるおつき合い、そしてケアが提供できればと考えます。
143	未告知で入院の場合患者様は病気について知りたいと思っけていても家族が告知を強く拒否する時
144	患者様が、どのような状態になられても、患者様は受容の一私達からの受け身の状態ではなく、できることを生かすこと例えば、私達に労いの“お茶をいれてくださる患者様に対して、拒否することなく、手伝うことなく、一緒に頂くことを待ちその時間をすごす等、その日常的なこと一つ一つが大事なことで、であると考えます。
145	何を大事にするかを決定する事は大切だが、実現出来ない事を重要視していくのも難しい。本人だけでなく周囲の状況を変えていく事が難しい。
146	今まで大切にしてきている家族であったり仕事であったり築いてきたもの想いや気持ち等含め私達(看護師)も大切にして関わらないといけないうもの。
147	患者様の尊厳についてどれ程考えても、ご本人の意志表示がなければ、どれが本当に正しいのか評価は出来ません。それまでに残されてきた患者様の意向をくみとり関わっていくことが「尊厳」になるのかと思います。「死」に対する「尊厳」というのは、決して評価のできないものなので、援助者側、もしくは家族の想い、思わくとなってしまいます。言葉、表現の方法を変えなくてはいけないのかもしれない。
148	意識がしっかりしている間に、本人の気持ちを確認しておく事は大切だと思います。
149	人間としての生きる権利を守ることにプラスしてその人らしさを守っていく事。
150	終末期の患者様の「尊厳」が保持されるような関わりが必要だと考えています。その為には、患者様の意思確認と適切な情報を伝え治療やケア方法を決定していくことと、その患者様、ご家族は、何を大切にされて来たのか、残された時間の使い方(心残りな事、死に関する事のサポートや家族との過ごし方など…)をどのようにしていくのかをじっくり時間をかけて確認し、介入していくことが大切だと考えています。その人自身の思いを大切にしたいと考えています
151	患者様一人一人が生きてきた人生の中で積み上げてきたその人らしさを大切に、その人らしく人生をまっとうできることこそが尊厳につながるのではないかと考えます。
152	「私」という人生の主人公で最期までいられること。その人らしく、生きていて良かったと思える人生。
153	その人らしく、その人が望むように生きれる事。
154	家族の希望や、その後のフォローが難しく告知や治療について本人に話さないことが多くなりがちだが、自分だったら全て決めたいので、自律のレベルやすべて尊厳してほしいと思う。
155	ライフスタイルの継続を行い、本人の話を傾聴し、何を希望としているかを知り、ケアの中に取り入れていくことが大事であると思います。
156	尊厳ある生命を生ききるためには、ご家族・医療者のサポートは、重要だがそれと同様に、患者さんご自身の意思表明も重要である。日頃から生命・死についての考え(思い)を、何らかの形にしておくことは、まさしく自律で、尊厳を保つことになると思う。
157	終末期だからでなくどの過程にある患者にとっても同様に重要なものであると思われる。
158	尊厳の保持に対するケアは大切であり難しいことだと思っています。日々患者さんより学び成長させて頂いています。今後も生かしていこうと思います。
159	その人らしく最期を家族と共に迎えられることが一番と思います。その為に苦痛な症状があれば、早期に緩和しよい時間がもてればと援助しています
160	尊厳を守るといことは患者の思いを100%くんで関わっていくこととつながると思うが様々な事情から100%思いが尊重されることは難しいと思う生死にかかわることから日常のほんのさ細なことまで患者以外の家族の思いまた医療者の思いが先攻されることも多く本当の意味での患者の尊厳を守ることが難しい場合がある私達NSは日常生活の援助は尊重し関わっていると思うが
161	最期まで自分らしさを失うことなく生活出来る事が大切であると考えます。しかしながら、現状では病気によって変化する身体、性格など様々な困難な問題も多々あり日々努力しています。心がけていることは自分の身になり考えて看護するです。
162	身体的苦痛は取り除けるものは取り除く。精神面での苦痛は介入できるところは介入する。不安は当然あるため、宗教者などで軽減できれば介入してもらおう。最後まで私たちと同じ人として尊重する。プライバシーは大切である。必ず希望を伺う。コミュニケーションがとれなければ家族(キーパーソン)と相談しながら行う。活動はむりに行わない。本人の希望で行う。無理に病気と戦わせない。ギアチェンジの時期を見定める。本人の希望があれば死後のことについて話し合うこともよいが、無理に介入しない。介護者がいる場合は本人と同じように接する。ねぎらいの言葉がけを行う。
163	意志決定出来る方、いままでの人生において自己決定されて来た方については正確な病状説明がされることが望ましい(その後の過ごし方が変わって来る)
164	患者様が最後まで、その人らしく生きる事。病気の告知や、予後の告知は、するべきだと思います。
165	「尊厳」の保持 介護側の倫理感が問題となって来る。尊厳を測定なんか出来ない方法論が出来たとしても、介護側の人間を育てなければ、医者にしろ、Nsにしろ、人間性です。
166	患者様が望む事(方法や手段など)を、一つ一つ確認する作業をおこたらない事。
167	その人らしく最期まで生きる為に尊厳というのは大切だと思うが、レベルが低下してくると、その人自信の思いがなかなか理解できず難しいと思う。
168	常に考えたケアをしたい
169	関心をもちつつづけること。コミュニケーションの連続から、双方の関係者を構築していくことが、尊厳への配慮あるケアになると考える。
170	施設内での生活で全ての患者様が自宅に居る時のようなリラックスした気持ちを持つことができると思えませんし、それができるようにするには、大きなサポート力が必要となると思います。患者さんがしたい事がないかをたずねること、実現可能能力が我々や家族にあるかどうかを考えて協力しあうことが尊厳の1つかなと思います。
171	意識レベルとしてコミュニケーションが図りづらい、もしくは図れない場合も多い。その場合にはFaから情報を得て、ケアに生かせるよう努めてい