

No	問題点	対応策
1	医 看取りへの不安	
2	師 病院から開業医へ紹介される中で、ACPや看取りに 会 に向けた説明などが病院の医師から十分にされていな 部 い中で、主治医が変わることになる。 会	病院の医師や看護師が、予後を見越した意思決定支 援を行う。
3	特に一人の医師で対応している開業医では、緊急時 や看取りの対応に限界と不安がある。	医師会の中で、一人の開業医では対応が困難な場 合、他の開業医でバックアップできるようなシステ ムを構築する。
4	訪 ①元気なうちから看取りについて考える・話し合う 問 機会が少ない（市民） リ ハ ネ	①安城市が安城市民に対して、市民フォーラム等情 報提供の機会を作る。 保健福祉部会が地域住民等に対して、サロン等で 情報提供や自身で考える機会を作る。 安城市がパンフレットを作成・配布する
5	ツ ②専門職自身が看取りについての知識が乏しい ト	②各専門職が看取りについて自分たちができる役割 を考える機会を研修会等で作る。
6	部 ③入院時に自宅でも看取ることができるという選択 会 肢を与えられていない	③病院部会が病院に勤める人に対して、在宅での看 取りについて理解を 深める研修会を実施する
7	④病院では院内のことに意識が向きすぎており、地 域の課題を現場レベルで把握し在宅医療介護に意識 を向ける	④病院部会の病院への啓蒙活動強化（病院の現場ス タッフが既存の医療介護連携のための研修会への参 加意識が高まるような声かけ・テーマ 設定をする） サルビー見守りネットの病院スタッフの参加促し
8	訪 ①看取り・急変時への不安 9 問 ・看取りへの恐怖心 10 護 ・家族・本人への言葉かけの難しさ 11 ネ ・家族・本人の心構えが出来ていない 12 ツ ・病院への依存（自宅で看取るといふ考えが持てな ト い） 部 会	①看取り・急変時への不安 ・在宅医や他の職種と連携も含めて、病状変化時に 段階を追って、本人・家族に説明をする。 ・家族に対する看取りの教育 ・死の準備教育を行い、看取りの不安を緩和する。 ・病院と在宅とのメリット・デメリットの説明。ど こまで治療を行うか ・訪問診療や訪問看護の役割を説明し信頼関係の構 築。しっかりコミュニケーションを利用者・家族と 図る。
13	②介護者の負担	②介護者の負担
14	・核家族化で介護者が不足している	・地域住民に対する地域包括ケアシステム等の教育
15	・在宅看取りを支えるマンパワー不足（地域・イン フォーマルも含む）	・在宅医・訪問看護師・介護職員のなり手を増やす 活動 ・地域と連携しその方にあったサービス提供体制が 作れる環境が必要 （問題点：④、⑥、⑦にも共通の対策）

No	問題点	対応策
16	③ACPへの対応	③ACPへの対応
17	・終末期を家族・本人とどう過ごすか話し合うタイミングが難しい	・往診などに同席する時間を作り、主治医と話ができる機会を作る
18	訪問 ・終末期の受け止めが医療スタッフと家族との相違がある	・ACPの研修にスタッフが参加し、ステーション内で勉強会を行う
19	看護 ・研修では学んだが、実践しようとする進め方が難しい	・ステーション内デスクカンファレンスの開催
20	ネット ・ACPがまだ浸透していない	・多職種でロールプレイを行う機会を増やす（研修）
21	ト ・人生の最終段階における意識が低い	・地域住民に対しての在宅看取りの教育
22	部会 ・人生の最終段階の医療・ケアの在り方に対し、誰が中心となって意思決定していくのか役割分担が曖昧になっている。	・自宅や施設での看取りを勧めていく際の関連機関の役割の明確化
23	・本人と家族の意向が異なる	・医療者が間に入り意思決定支援を行う（担当者会議に医師も参加）
24	・本人が意思表示しても支援者が共通認識できない	・自分が最期を迎えたい場所、リビングウィルなどを明示できるような書面を整備する。
25	・病院から退院されて看取りに入る時には、本人・家族の意向、医師の意見が合っておらず、在宅医の説明と相違が見られることがある。	・退院前カンファレンスで本人・家族、医師の説明・意向など正確な情報を病院側がサービス側に流していただく。
26	④かかりつけ在宅医の問題	④かかりつけ在宅医の問題
27	・在宅医が増えない。高齢化している	・診療所医師への訪問看護の啓蒙活動（医師会へのアプローチ）
28	・在宅医がいないと最期が救急搬送になってしまう	定期的な事例検討会・交流会の開催）
29	・訪問診療を行わない開業医もいる為、看取りに対応できる医師に主治医変更となるケースもあり、主治医変更に伴い家族が不安を生じる可能性が大きい	・在宅医療バックアップ体制の構築（市）
30	・看取りの方の死亡確認で在宅医が不在で対応できないことがある。	・サービス側に不在期間等を事前に連絡をしていただく。
31	⑤病院に関する事	⑤病院に関する事
32	・地域的に病院信仰が強い・病院死希望者が多い	・病院と在宅とのメリット・デメリットの説明。
33	・在宅死より病院死が安心との考えが定着	・病院職員に対する在宅医療・ACPの教育
34	・病院が在宅医療に対する知識不足があり、在宅医療を勧めない	・病院内でのACP活動推進 ・家族へ状況を十分に理解できるような説明（病院医師）。説明した対象者や反応を在宅サービス側と共有できるようにする。 ・病棟看護師との情報共有（在宅における介護が可能かのアセスメント在宅サービスの受け入れ状況など）

No	問題点	対応策
35 36 37 38 39	⑥他の介護サービスの問題 ・施設スタッフの看取りへの対応能力・施設での看取りの取り組みの問題 ・介護職のなり手が減少 ・施設看取りが少ない ・デイサービスの縮小などもあり、家族の負担が増えている	⑥他の介護サービスの問題 ・施設勤務者にも積極的にACPや看取りへの研修の参加を促す（施設内） ・高齢者入所施設における看取りの現状調査（施設内） ・施設看取りの推進
40 41 42 43 44	⑦安定的な訪問看護供給に関する事 ・大規模訪問看護ステーションが少ない ・訪問看護職員が増えない ・訪問看護ステーションが少ない ・病院に看護師が集中している	⑦安定的な訪問看護供給に関する事 ・訪問看護ステーションの統合 ・退職した看護師の訪問看護ステーションでの再雇用促進 ・病院と連携して研修や訪問看護体験を行う
45 46 47 48	⑧その他 ・医療と介護の様々なギャップがある ・金銭的な問題（介護保険負担割合の増加、介護保険利用の方で老衰等でゆっくりとした経過を辿り在宅生活を送る方では費用が高額になる） ・一般の方の在宅医療の認知度が低い（自宅看取り） ・点滴などの必要物品の手配に困る（自費購入しても亡くなって不要になることあり）	⑧その他 ・医療と介護職員のギャップを埋める為、研修会を行う（交流会など） ・講演会・演劇の実施・回覧板を利用した啓蒙 ・必要最小限の物品が小売りしてもらえるとよい（薬局で対応してくれると助かる）
49 50	施設部会 現状、部会所属のほとんどの施設では看取りの体制は取れており、看取りは実施している。 ただし、急変等で他界、退所される方もおり、結果として全ての方に看取りが提供できている訳ではない。（いわば、看取りとして「取りこぼし」している方もいる） 現在は、入所時や認定更新時の担当者会議にて看護師より見取りについての説明をおこない、書面にてご本人、家族の意向を確認している。利用者様に対するケアと同様、ゆれ動くご家族の思いを的確にくみ取ることができるよう、スタッフの教育やグリーンケアを含めて考えていく必要がある。	①ACPの浸透を図る。 ・入所前の時点でのACPのプロセスの情報収集、意向の確認 ・入所当初からACPに基づく積極的な意向形成の促進 ・研修等によるスタッフへのACPの理解の促進、等 ②安定した施設内看取りができる体制構築と実施(実施施設に限る) ③急変時対応等の医療体制の整備、又は関係機関との連携強化 倫理的な部分も多く含まれると思うが、ご家族に対するケアについては、日ごろから面会に来られたご家族へ、利用者様の最近の様子などを伝えるなど、コミュニケーションを図り、信頼関係を深めていくことが大前提だと思います。

No	問題点	対応策
51	グループ 看取るまでのご利用者の身体の変化に職員も家族も経験が少ない方にとっては精神的に苦しまれることがある。	職員にもご家族にも 事前に説明し、覚悟することができるまで確認する。
52	プロ 看取りの受け入れ態勢は整っているが、対象者がみえないため知識や経験が乏しく不安がある。	家族やかかりつけ医に対して今後の方針について話し合う機会をつくる。(かかりつけ医への家族受診が多く、かかわりが薄いと感ずるため)
53	ム部 かかりつけ医との連携や職員の教育体制を整える必要がある。	施設は職員に対して研修できる機会をつくる。
54	グループ ホーム ホ ホーム内での看取りは行っているが、人員が少なく居室内の対応が増える分、スタッフへの負担が増加しフロアの見守りが手薄になり、事故が増加する可能性がある。	日中の人員体制を増やし、スタッフの負担を軽減する。(全事業所が人員不足の為難しい問題である)
55	ム部 今までの看取りでは問題ありませんでした。①医師、訪問看護との細やかな連携と②ご家族の理解と協力の2点がなければできないと思います。	①医師、訪問看護師さんと24時間365日の連携(ご利用者に対して何かあった時の往診など) ②ご家族の理解とご協力(ご利用者に対して病状の理解と必要時の協力支援)
56	小規 ・在宅で看取るためのサポート体制が充分でない	・在宅サポート医の確保(安城は訪問診察できる医師が多いが)
57	模多機 ・家族に、自宅で看取りたいと積極的に思う意識が現状薄い(本人は自宅に帰りたいという意向が強いが、家族にはない)	・24時間体制のサポート体制を確立する(それを市民が普通に理解できるような宣伝やはたらきかけを行う)
58	能部 相違がある場合の支援方法	・医療職、福祉職に向けての、リビングウイールサポート研修の定期的開催(多職種のコラボ開催を行う) ・リビングカンファレンス、デスカンファレンス等のマニュアル(目安になるもの)が共通でできると良いと思う
59	・延命を行わず、静かに送るということで、早朝、夜間の死亡に対して家族の理解が難しい(すぐに医師がかけつけて対応してくれると思っているので、説明しても苦情が出る場合がある)	・看取り計画時に、役割や家族への対応を決める(それを関係職種で申し合わせ、家族に統一した説明ができるようにする)
60	主治医との連携、看護師の確保 等	・職種間での申し合わせもしっかり行う(看取りの研修会を繰り返し行い、身近なものとする)
61	へルパ ネ (終末期の身体状況や医療処置の知識を深めること)・看取りに入った患者様が自宅に帰ってからの医療処置がどんなものか知り、緊急時に冷静な対応ができるよう知識を深める。	全ての訪問介護事業所の訪問介護員を対象に看護師さんに協力を頂き、研修会を行いたい。
62	ツ部 会 (患者様やそのご家族へのメンタル支援の方法を学ぶ)・終末期を迎え、ご本人様とその家族の不安に傾聴し、寄り添った支援を行うためにメンタル支援法を学ぶ。	訪問看護・居宅・訪問介護を対象にご家族やご本人様へのメンタル面のサポートの仕方について研修会を行いたい。講師については行政と相談したい。

No	問題点	対応策
63	ケ ア マ ネ ・病院と在宅医療 ・病院を退院する際、今後の見通しや医療との連携が難しい。	・病院と在宅医療の情報の共有： 本人の入院中の情報、本人家族の意向を踏まえてサービス担当者会議での情報を病院、在宅医療介護関係者が確認をして同じ方向に支援。
64	ツ ト ・短期間の関わりのため、本人、家族の意向の確認や在宅のサポート体制が上手くできない	緩和病棟、訪問診療、麻薬の処方や薬局の知識を専門職が得る。
65	部 会 ・緩和ケア病棟は、入院期間が限られたり、状態が安定すると退院。	・介護支援専門員：
66	・在宅医療往診医の情報が欲しい。訪問診療してくれる医師が少ない。	在宅医療に関して、看取り、麻薬に関して訪問診療を行う情報を得る。
67	ケ ア マ ネ ツ ト ・麻薬の取り扱いについての情報をしりたい。（処方出来る開業医、薬局の情報など）	ACP、終末期、麻薬等の研修会に参加する。 看取りの事例検討会に参加して、サポート体制の知識を得る。 本人家族の意向は、医師、訪問看護、多職種で確認していく。
68	部 会 ・施設、通所、ショートステイの利用が出来ない。	保険者へターミナルの診断時は、福祉用具貸与すぐに可能とならないか相談。介護支援専門員同士、申請書の書き方の情報を共有する。
69	・多職種間の情報共有が難しい。	・多職種：
70	・ターミナル期の知識不足。	施設、デイ、ショートステイ終末期の利用に関して検討してどのようなケースは、可能か事例検討会で情報を共有。
71	・在宅で看取るサポート体制が整っていない。	病院、在宅医療・介護、定期巡回や支援の検討を地域包括や在宅医療サポートセンターどう関わると地域で生活出来るか検討。
72	・介護支援専門員：短期間で認定が暫定、状態が悪化する為区分変更等介護用ベットや床ズレ予防マットレスの対応に申請が必要。	
73	・短期間で、信頼関係を築くことが難しく看取りの話しを確認しにくい。	
74	・本人：独居のターミナルが増えている。	・本人、家族：
75	・本人と家族の意向が違う。治療や最期をどこで過ごしたいのか。	終末期の意向は、ACP研修を地域で、日常的にどうしたいか考える機会を持ち、家族に伝える。
76	・本人の意向が変わる。	自宅での看取りで、地域にどのようなサポート体制が有るのかを専門職が伝える。
77	・家族：看取りに対して不安や抵抗が有る。介護力が不足している。	
78	・地域：元気な内に、本人がどこで最後を迎えたいか話がされていない。	
79	・自宅で看取る意識が少ない。	

No	問題点	対応策
80	保健福祉部会 ①不安がある（一般市民・施設職員） ・自宅や施設で看取ることは医師等から適切な説明があったとしても、とても大きな不安がある。	①不安がある。※②とも関連 （一般市民） 看取りに対して深い理解が得られるような具体的な説明や実際に看取りを経験した人の話を聞ける講演会の実施。 （施設職員） 医療関係者主催の施設での看取りのための研修会の実施。 看取りを実施している施設による研修会の実施。
81	②病院で亡くなる意識が根強い。	
82	・医療機関での看取りの方が安心と感じている人が多い。	
83	保健福祉部会 ・場合によっては警察が来るなどの理由から、危なくなつた時には救急搬送しておけば間違いないという意識が強い。	
84	・そもそも、在宅での看取りが可能かどうか知らない・分からない。	
85	・なぜ病院死を減らし、自宅・施設での看取りを増やす必要があるのか市民は知らないし、関係者はどの程度理解しているのだろうか。	
86	③体制が整っているのか。 ・訪問診療や看取りを実際に行う在宅医がどの程度いるのか。	③体制が整っているのか。※②とも関連 ・医師会や在宅医療サポートセンターを中心として、訪問診療や看取りに関わる医療関係者の充実を図る。 ・なぜ自宅、施設での看取りを進めるのかを理解するための研修会の実施。
87	■看取りに対して、個人、家族、地域、専門職がイメージできていない。	
88	・同居していても就労している等、家族の体制が整わない。癌の末期でも介護度自立、入院できないケースで家族側の理解が難しい。	
89	・独居、本人は自宅で死にたい。身内がいないので近隣の理解と協力が必要。在宅で最後を迎えると決めても、いざとなると家族が病院へ連れて行き入院。家族の看取りに対して不安。	
90	・住民が在宅のイメージない。環境が整っていない。本人・家族も最後は病院でいう希望多い。	
91	・地域の専門職も看取りに対してみえていない。	・看取りまでの流れ（訪看や往診医等）、安心のさせかたの勉強をする。 ・専門職への勉強会をする（経験者からの話等）。専門職が連携をとって知識をつける。 ・看取りへの理解（考え方、プロセス）を深める。 ・看取りのイメージができるように、目に見える形で分かると良い。 ・エンディングノート等も活用し、全体に理解、啓発活動ができると良い。

No	問題点	対応策
92	<p>■看取り対応の資源が少ない。</p>	
93	<p>・自宅か施設か、考え方も変わる。どういう医療サービスがあり、安城市にあるサービスが具体的に見えてこない。</p>	<p>・死を迎えるのは誰にでもある。死に向けての準備で若い頃から意識できると良い。</p>
94	<p>・精神的なケア（グリーフケア）への対応ができていない。</p>	<p>・看取りに対する情報が提供。以前、町内で尊厳死協会の会長を呼んでいたところもあった。主任ケアマネジャー研修でも看取りについて扱っている。ケアマネジャーはまとめ役、中心は訪問看護。</p>
95	<p>・本人の意思決定支援のプロセスができていない。</p>	
96	<p>・看取りに対応できる医師が少ない。看取りに対する人的資源が少ない。</p>	
97	<p>・看取りに対する外部の体制を整えば看取りは進むのか？そもそも看取りに対する要望はあるのか？住民の機運として看取りが高まっているのだろうか？</p>	
98	<p>デ イ ネ ッ ト 部 会</p> <p>・介護サービスを受けて自宅で過ごしたいと望む方が多いが、実際は病院で亡くなるケースが多い。</p>	<p>・医療・介護事業所が市民へ「地域包括ケアシステム」を周知。 （大規模なフォーラムや小規模なサロンを活用する） システムは「将来、病床が足りなくなる」ことをしっかりと打ち出し、市民の方々に危機感を持っていただく必要があります。</p>
99	<p>・通所サービス事業所での看取り期の利用者の受入れが少ない。（看取り期となると自然と利用中止となる）</p>	<p>・看取り期になると、自然とサービス利用中止なるケースがほとんどであるが、本人が望むのであれば、医療・ケアマネと連携し、受入れ体制を整える必要があるのではないか。 その為に、通所サービス事業所間での対応の検討や勉強会が必要と感じます。 また、ケアマネジャーがサービスを把握することも重要であるが、サービス事業所同士も把握し、ケアマネへ提案ができるようにすることにより、より一層事業所間連携が進むと思います。 推進するためには、例えば「中重度ケア体制加算」を算定されている事業所から進めて、事例発表し周知する流れを作れると思います。</p>
100	<p>・介護、看護、利用者（家族）での共通認識としての「看取り」の考え方があっても良い。</p>	<p>・介護、看護、市民向けでの統一した研修会・セミナーの実施。 専門職側と市民とそれぞれの知識の差はある。 ACPの観点から、一緒の目線で話し合えるような機会や研修会があっても良いのでは。</p>