

看取り事例（在宅①）

状態が安定していたにもかかわらず、本人が望む場所で最期を迎えることが出来なかった事例

各部会提出内容

<p>本 事 例 で 達 成 で き て い る こ と</p>	<p><薬剤師部会> ・痛みのコントロールがしっかりと出来ていた点</p> <p><訪問看護ネットワーク部会> ・本人、長女、長男夫婦、各々の希望の確認・本人の意向を確認し周囲に伝えられた・本人の意思通り一時帰宅できた ・ケアマネージャーに退院後の生活の不安を伝えることができていた・スタッフが家族の気持ちに答えたいと思っている ・看取りに対する事業所の体制などが不十分であると感じている・疼痛コントロールができていた・訪問診療導入 ・緩和ケア病棟に入れる体制が整っている・退院に向けて退院支援担当者の介入があり、退院前カンファレンス開催し情報共有できた</p> <p><リハビリネット部会> ・本人の希望が確認できていること・本人希望である化学療法を中止し、内服で痛みのコントロールができた ・カンファレンスを実施し、一度は退院し在宅生活を送れたこと・1泊2日の外泊をし、好きなものを食べ、自宅で過ごすことができた ・意思決定できるタイミングで、本人/家族へ多くの選択肢を与え意向に沿って支援できた</p> <p><ケアマネット部会> ・本人、家族それぞれの思いがあり、ケアマネが受け止め対応している。 ・退院前カンファレンスの開催で病院と在宅の連携がとりやすくなった。 ・自宅へ帰りたいという本人の願いが叶い、緩和病棟に移った後も外泊をして、好きなものを食べることができた。 ・疼痛コントロールができています。</p> <p><小規模多機能部会> ・9日間だが、本人の意向に沿って自宅療養できた・1泊2日で外泊ができた ・好きなものが食べれた ・本人の望まない化学療法を一時は行ったが、内服コントロールに変更できた</p> <p><保健福祉部会> ・本人と家族の意向確認・本人の意向に沿った化学療法の中止や外泊・好きなものが食べられた・本人の痛みのコントロール・医療機関を含めた関係専門職の連携</p> <p><グループホーム部会> ・本人と家族の意思確認 ・医療との連携 ・痛みのコントロール ・本人の希望と自由の確保</p>
<p>本 事 例 か ら 見 え る 課 題</p>	<p><薬剤師部会> ・本人が望む場所で最期を迎えることが出来なかった点</p> <p><訪問看護ネットワーク部会> ・本人の意向と家族の意向が最期まで一致しなかった為、本人の意向通りにならなかった ・本人の意向を優先できる体制が整っていなかった・家族の不安を取り除く支援ができていなかった ・家族間での意思統一の必要性・家族の病状の理解不足・介護サービスに対して情報不足 ・終末期の身体変化などについて家族が理解できるような説明がされていなかった ・トイレに行ける状況の判断とできない時の対処法を指導すべきだった ・急変時、有事時の対応や連絡先を家族間、事業所間、主治医が周知できていなかった ・急変時の対応方法と、どうなった場合に救急車を要請するかなどの細かい枠決め ・家族の「苦しむのはかわいそう」の苦しみをスタッフ内でどのように捉え判断するのか ・看取りに対するスタッフの対応能力は十分か、マニュアルはあるのか ・方向性を決めても本人の状態悪化によって、家族の気持ちが変わってしまう</p> <p><リハビリネット部会> ・家族の不安軽減・本人と家族の意向のすり合わせ・何かあった時の対応や相談先を明確にすること ・急変時の治療方針について、本人・家族との合意形成・本人の状態変化に対する家族の理解度を高める ・自宅に帰って何がしたいのか、どのように過ごしたいのかを明確にする関わり ・立ち上がれなくなったときに、救急搬送せずに自宅療養継続の選択肢も与えること</p> <p><ケアマネット部会> ・本人と家族、または家族間に意見の食い違いがあり、どう折り合いをつけるか。 ・ガン末期という状況や治療の効果等説明が家族にされていたか、また家族の理解は得られていたのか。 ・どう最期を迎えたいかを本人、家族を交えて十分に話し合われたのか。</p> <p><小規模多機能部会> ・家族の思いで、本人の望まない治療を行い、つらい思いをさせてしまった。 ・本人と主介護者（長女）の思い・長男夫婦の意見に対してのはたらきかけ ・状態が悪化した時に、どう対応するのかの話し合いができていなかったか？ ・救急車要請・適切なサービスの導入・自宅療養ができる体制作り</p>

	<p><保健福祉部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の主訴を家族や支援者とどこまで把握・共有できていたか(どこの場所で死を迎えるかだけでなく、死を迎える最後までのある方をどこでどのように過ごしたいと思われていたか、踏み込んで確認できていたのか) ・家族の看取りへの不安や意見の相違について調整ができず、本人の想いに沿うことができない(本人の意思と家族の意向の調整) ・病状が急変した時の対応への準備。特に独居であるためどこまで在宅が可能か(役割) ・自宅療養中の見通しや対応について、家族が理解できるように十分な説明を、丁寧に対応としてできていたか。 ・人生の最終段階を迎えるにあたっての、家族の不安感や恐怖感、心構えへの寄り添いができていたか。 <p><グループホーム部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人が家族の意向に引っ張られてる ・緊急時の対応
<p>目 指 す 姿 の 達 成 に 必 要 な 要 素</p>	<p><薬剤師部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・すい臓がん末期という現実を長男夫婦が受け入れて本人が望む場所で最期を迎えること <p><訪問看護ネットワーク部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院時に今後予測される問題や心情を踏まえ、相談に応じたり、困ったこと・驚くようなことが起きた時、家族はどのような対処をとるのか指示していくといった家族・介護者の不安を軽減する支援 ・現在の状態把握と今後予測される事態の説明・医師、ケアマネを初めとする支援チームの連携 ・退院前に家族の受け入れ状況、精神支援、本人・家族の意見調整を行う(ケアマネ・MSW) ・家族がどこまで介護できるか、どういう状況までなら看取れるか確認し、訪問看護やヘルパーを利用しケアの充実を図る ・看取りに対する家族指導と家族間での療養場所等の相談・ACPの推進 ・本人がそのような状況まで在宅を希望されるかの具体的な状況の相談 ・冷蔵庫の中に置く安城市の安心キットにDNRか否か、搬送するの否か、記載する欄をつくる(救急隊が確認する) ・看多機を利用しながら在宅で看取る(泊まりサービスの活用)・24時間体制の在宅医と訪問看護師の補充 ・訪問看護師の症状マネジメントの教育 ・見極めを慎重に行う中で、患者家族の状況をその場でアセスメントする能力を養うため、カンファレンスや事例検討、デスカンファレンスなどを行う事を推進する・病院側の在宅での看取り方などの教育・スタッフ研修の充実 <p><リハビリネットワーク部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族を含めた関係者同士の話し合いの場を設ける(入院中も在宅でも)・家族への教育(今後の経過や対応方法などを具体的に) ・退院後の本人、家族の問題点に寄り添うサービス提供 ・病状の進行等について、どの程度情報提供をするかの確認とそれに合わせた意思決定支援 ・本人が在宅で過ごしたい理由の聴き取りとその実現に必要なサービスの提案 <p><ケアマネット部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の介護力(足りなければ補うもの=介護サービス等)・医療体制の充実と緊急時の体制づくり ・本人、家族への予後、予測の説明や不安解消のための助言等・本人が望む最後の迎え方をみんなで共有する話し合いの場。 <p><小規模多機能部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、主介護者(長女)と長男夫婦が安心して自宅看取りができるような、支援チームの体制作り、連携、役割分担等を示す ・看取りチームや、それを支える介護サービス等の職員の教育 ・家族が話し合ったり、協力できるような元になる情報提供や、話し合いの場を専門職が段取りできるようにする <p><保健福祉部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養における課題の整理と対応策についての事前の説明や共有 ・在宅看取りの対応や今後の見通しについての十分な説明による不安の軽減、対応と今後の見通しを家族と専門職が共有することにより、本人の意向を尊重した看取りへのサポート体制の実現。(本人の意向を尊重した不測の事態への対応方法の事前確認や関係者間の認識の統一)在宅療養後の継続的な相談支援。 ・がん末期であり、死に向かいつつあるという本人の死についての家族の受容支援(寄り添い) ・自宅療養の希望にあたり、自宅に帰ることで何ができて、誰と関わり、医療はどのようにしたいか、一人暮らしのため、孤独死をして後でみつかる可能性もあることへの本人と家族の意向確認。 ・在宅療養や看取りについての不安などを気軽に相談できる体制づくり。 ・家族間の意見の調整。家族の歴史や各々の看取りへの想いを受け取る時間や支援者としての役割。 ・看取りの過程を伝え、心の整理をする作業。看取りへの理解の促しと納得感の醸成。 ・(支援者側の心構えとして)意思決定は変わっていくという理解。 <p><グループホーム部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題を解決しケアしていく
<p>問 題 提 起</p>	<p><小規模多機能部会より></p> <p>小規模多機能型居宅介護は、訪問入浴との併用ができない。その為がん末期の方が、自宅で入浴したいと思っても対応できないので、必要なサービスとして利用できるようにならないのか?と考える</p>

