

<p>本 事 例 で 達 成 で き て い る こ と</p>	<p><薬剤師部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを予定していた。 ・キーパーソンの長男の嫁が看取りの経験があり、在宅看取りに前向きになっていた点。 <p><訪問看護ネットワーク部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン（長男の嫁）が明確。・キーパーソンが退院指導を受けて退院しており在宅介護の準備ができている。 ・介護力に合わせた様々なサービス（1週間ごとのショートステイ利用、訪問看護、訪問診療医）を利用しながら在宅生活を3ヶ月間過ごすことができた。 ・訪問看護の指導によりキーパーソンが在宅介護に自身を持ち、看取りまで考えられるようになった。 ・訪問診療医と訪問看護が介入しており、在宅看取りの体制が整っている。 ・体調悪化時の対応と在宅看取りの説明を訪問診療医、訪問看護から説明された上で、入院治療を望んだ家族の意思を尊重することができた。 <p><リハビリネット部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師たちによる指導等にて、在宅看取りの知識や理解を持っている・その都度、家族の意向を確認している ・往診、ショートステイ、訪問看護を利用し、長男の嫁が在宅で介護が行えるフォロー体制ができていた ・熱発した時に回復を期待して家族の希望通り入院できた・在宅で過ごすことができた ・在宅医と訪問看護、家族の連携がとれていた <p><ケアマネット部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の意向が一致しており、協力体制ができていた。 ・看取りの経験があったことと、訪看の介入があったことで家族（長男妻）が自信を持って在宅看取りを考えることができた。 ・医師から説明を受けた上で在宅看取りを選択できた。またその時々で揺れ動く家族の気持ちに専門職が傾聴し寄り添うことができた。 ・ショートステイを定期的にご利用できたことで家族が「介護」と「休養」のバランスがとれていた。 <p><小規模多機能部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅での生活・在宅看取りに向け前を向くことができる。 <p><保健福祉部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・3か月間自宅で過ごすことが出来た。・ショートステイによる介護負担の軽減や往診や訪問看護等医療体制・緊急時の体制がとれている。 ・訪問看護師による介護指導がキーパーソンにされており在宅介護への自信がついており、モチベーションも上がった。また、看取り教育も出来ていた。 ・家族が相談できる関係機関があり、関係機関同士の連携も取れており、安心して介護に取り組むことが出来た。 ・家族の意向が確認でき、専門職にも周知が出来ている。 ・キーパーソンが退院のための気持ちの準備ができ、退院指導を受けることができた。 ・長男の嫁(キーパーソン)が看取り経験があり、訪問看護師より指導を受け、自身を持って在宅介護ができていた。 ・専門職(在宅医と訪問看護)との連携ができ、在宅看取りを前提とした体制ができていた。 ・家族の意向に沿った入退院ができていた。 <p><グループホーム部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・長男の妻の見取り体制や気持ちの準備が出来ている。・看取りに向けて往診や訪問看護の利用開始し在宅医と訪問看護の連携が出来ている。 <p><施設部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で介護できる介護技術が獲得できた。・在宅で3か月間介護し、自宅で過ごすことができた。 ・キーパーソンの長男嫁に在宅介護の指導が出来た。・在宅介護の為のサービス事業所の連携、利用が出来ている。 ・在宅での看取りについて説明している点。・入院により一時的に状態が回復した。・在宅介護に自信が持てた。 ・家族の意向を尊重し、在宅医から病院入院への手配をした。・在宅医と入院する病院との連携がスムーズに行えたこと。 ・ショートステイと在宅の繰り返しが家族にとってレスパイト期間になったこと。 <p><ヘルパー部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の希望通り、在宅介護がスムーズに行えていた。・医師や訪問看護を利用し医療の面でも十分に介護が行えていた。 ・嫁の介護力も上がり良い形での在宅介護が行えていた。 <p><ディネット部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・長男の嫁は看取り経験があり、また訪問看護よりの指導にて介護に自信を持ち在宅看取りを考えられるようになった。 ・ショートステイを利用しながら在宅生活の継続が出来、家族の介護負担の軽減もできた。 ・往診や訪問看護などのサービスを利用し、身体状況の経過を観察でき在宅での看取りの体制ができたこと。 ・家族の希望通りのサービスを活用することが出来た。
--	---

看取り事例（在宅②）

在宅看取りの予定が、入院し病院で亡くなった事例

各部会提出内容

本 事 例 か ら 見 え る 課 題	<p><薬剤師部会></p> <ul style="list-style-type: none">・長男の嫁は在宅医、訪問看護のやり取りの中で、在宅介護、在宅看取りに自信が持てるようになったが、同居している他の家族との在宅看取りに対する意思の統一が不十分であったのではないか。 <p><訪問看護ネットワーク部会></p> <ul style="list-style-type: none">・認知症発症前、もしくは軽症時に本人が最期をどこで迎えたいか意思の確認ができていない。・これまで肺炎を繰り返していたため、状態悪化した際の対応方法（病院搬送の基準や在宅看取り）を落ち着いていた3カ月間の中で在宅チームと家族で話し合っておく必要があった。ACPができていなかった。・キーパーソンの長男の嫁以外の同居家族が自宅看取りについてどう考えていたのか不明。・長男の嫁以外の介護協力者はいたのかなど情報収集が不足している。・今後の病気の経過や予測される身体症状、在宅でできる治療と入院治療の目的や効果などの説明が不十分。入院して元気になる可能性とともに入院先で死亡する可能性があることが説明できていたか。・家族の病状認識等の理解度の把握。・タイミングの難しい非ガンの看取りの難しさ。・入院して一時的に状態が改善したがその後、死亡したとあるが、残り数日でも自宅で過ごせるような調整ができなかったのか。 <p><リハビリネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人が意思表示できる時期に、本人の意向を確認しておくこと・長男の嫁以外の家族の意向を確認すること・年齢や肺炎治療後の予後に対しての十分な説明・在宅看取りについての十分な説明と家族の理解・事前に看取りについて本人・家族と方向性を決めること・体調悪化した際の対応について説明・理解すること・一時的に回復したタイミングでの退院検討をすること・キーパーソン以外の家族の関わりを増やすこと <p><ケアマネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人の意向の確認不足。・今後の見通し、予後予測の説明不足。（家族は理解できていなかった）・看取りの考え方について医療職と家族の思いに違いがあった（老衰の終末期の看取りの考え方）家族間での看取りの方針が定まっていない。・一時的に回復した時に退院時期を逃した。・自宅看取りの在宅病院と医療の連携。 <p><小規模多機能部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人の意思がわからない。・家族は入院治療ですごく元気になった姿をイメージしているのではないか。 <p><保健福祉部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人の意向の確認が出来ていなかった。・本人・家族の意向を入院機関、在宅の専門機関がどのように共有し支援していくか。（入院中に一旦状況回復した時に、在宅に戻る可能性について、入院先の病院と在宅チームの連携はどうであったか？）・病識や予後予測・看取りの説明や相談をどの時期に、どのように行っていくか。・家族間での看取り方針が共有されていなかったのではないか。キーパーソン以外の家族の思いがわからない。・在宅で看取りをするための介護指導はできていたが、家族の精神面へのサポートが不十分だった。・入院中に一旦状況回復した時に、在宅に戻る可能性について、入院先の病院と在宅チームの連携はどうであったか？・入院する前の「医師の説明」と「家族の理解」にズレはなかったか？（IC）・入院中キーパーソンへの指導はできたが、医療、介護の退院時の連携・準備ができていたのか？（退院後すぐのショートは何のためだったのか？）・本人の意思確認ができていない。・入院治療による回復の程度について、家族の理解と専門職の認識の差があった。・長男の嫁以外の家族への在宅看取りへの説明や認識の共有がされていない。 <p><グループホーム部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人の意向や気持ちがわからない。・見取りをするはずなのに、元気になることを期待して入院したこと。・家族が看取りについての知識や覚悟があったのか状況を把握していたのか。 <p><施設部会></p> <ul style="list-style-type: none">・在宅で看取ることも考えるようになっていたが、実際に体調変化があった際に入院治療を望まれた。希望が変わることは当然あるが、在宅看取りについての説明準備が十分であったかどうか。・本人の意向が確認できていない。本人の想いが尊重されていない。・在宅医から病院へ自宅での看取りの意向があったことが伝わっていたか一時的に回復した時に在宅へ戻ることを検討できなかったか。 <p><ヘルパー部会></p> <ul style="list-style-type: none">・在宅医と訪問看護から、在宅で看取りの説明を受けていたが、入院治療を選択してしまった。・回復を期待しての決断であったとは思いますが、看取りを行うと決めたのであれば、入院はせずともよかったのではないか？ <p><ディネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・在宅での看取りを検討していたが体調悪化した場合の看取りの対応について考えていなかった。・介護度が重くなる前から、本人の意思は確認できていたのだろうか。・在宅生活を送るうえで家族の理解と協力が重大なカギとなり、協力が得られない方は、本人が在宅看取りを希望してもできない可能性がある。・そもそも本人から在宅看取りの意向は取れていたのかの確認が必要であった。・入院治療を選択したことにより在宅でも看取りはできなくなった。・嫁以外の看取りの意思を確認する必要があった。・肺炎を繰り返していたので嚥下状態を家族は把握できていたのか。
--	---

看取り事例（在宅②）

在宅看取りの予定が、入院し病院で亡くなった事例

各部会提出内容

目 指 す 姿 の 達 成 に 必 要 な 要 素	<p><薬剤師部会></p> <ul style="list-style-type: none">・一口に家族と言っても家族同志の様々な人間関係やそれぞれの知識や本人に対する思いもあるため、同居家族や同居していなくても本人と関係が深い親族にも長男嫁と同様の働きかけが必要と考える。（看取りの教育） <p><訪問看護ネットワーク部会></p> <ul style="list-style-type: none">・ACP の実践①できるだけ早期から最も重要な本人の意志を確認する必要がある②医療ケアチームは本人の意志を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め把握する事が必要③話し合いの中で合意に至らない場合には、医療ケアの在り方を見直し合意形成を深める④日頃より家族、主治医とともに最期の時をどうするか話し合いを繰り返ししておく事が必要。⑤どんな結論を出しても気持ちが途中で変わっても間違いではないことを伝え、共に時間を共有し考えていく <ul style="list-style-type: none">・看取りまでの経過について理解を深めてもらい、各種症状への対処方法について可能な範囲で事前に検討する・病状悪化時に家族がどこまで介護できるか、どういう状況まで対応できる心構えがあるか確認し、対処法の指導や不安を軽減する支援が必要。入院によるメリット・デメリットの説明、指導・キーパーソン以外とのコミュニケーション。信頼関係構築し、説明と協力依頼、複数名の協力者、排泄、保清、食事介助などの介護指導・関係多職種（MSW 等病院関係者、ケアマネージャー、ショートステイ先の関係者、訪問診療医）との連携を行ない、病院－在宅と切れ目のない支援を実施する入院時に病院側に看取りの意向を伝え、一時的に状態回復してチャンスがあった時に退院するなどの連携・先を見越したかかりつけ医の選択 <p><リハビリネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・入院か在宅看取りにするかの判断材料を、各専門職側と密に話し合っておくこと・本人、家族がどうしたいかという意思決定をするための、話し合いの場を設けること・本人が意思表示できる時期から、最期をどう過ごしたいかについて話しておくこと(家族・専門職)・状況の変化に合わせて、ご家族様の意向について都度確認すること・在宅で看取ることがどのようなものかを家族がしっかりイメージしておくこと・体調変化時の対応方法についての説明と理解・専門職にも住民にも、在宅での看取りの必要性が伝わるように啓蒙すること・元気な時に「最期」についての話し合いができること・キーパーソンだけでなく、家族全体で本人のことを考えること <p><ケアマネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人への支援：本人の意思、意向の確認（できるだけ判断能力のあるうちから段階的に）・家族への支援：看取り期であるという理解、在宅で看取るという覚悟。 家族の安心感や覚悟が維持できるよう寄り添う支援と状況変化に応じた対応の確認。・医療側からの支援・年齢や疾患等を踏まえた現状（病状）の説明と予後予測の十分な説明 熱発時など体調の変化に応じた対応。チームケアとの連携、意向の確認。・地域、社会資源の拡充、制度面 看取り期の受け入れ可能な施設、サービスの拡充。在宅医療の充実。（往診できる医師の拡充、介護サービス導入の簡素化）・ケアマネの役割 介護力の見極め、適切な時期に適切なサービスを導入、チームケアの体制づくり。地域、社会資源へのアプローチ。 <p><小規模多機能部会></p> <ul style="list-style-type: none">・死の過程を家族も理解できるようになる。・死に向けての準備 <p><保健福祉部会></p> <ul style="list-style-type: none">・判断のできるうちに本人の意向を確認し、家族で話し合い共有する。・認知症の人の意思決定支援・市民に対しての「目指す姿」の周知、徹底 ・在宅側と病院側の看取りに関する共通認識、連携が必要。・家族全員が看取りに関われるように話し合う場、家族全体への看取り教育・「在宅で看取り」をするという家族の強い意志・家族の意思や精神的不安、迷いを支える精神的なサポート体制・本人への意思確認。病気になる前、なった後に ACP の作成ができる機会づくりと家族との共有。・本人の体調悪化時の対応や、経過見込みを家族が認識できるように事前に医師等と家族が話して認識や意向を共有できる機会をもつ。 <p><グループホーム部会></p> <ul style="list-style-type: none">・本人の気持ちや意向がわからないので、めざす姿も分からない。・見取りとは何かを家族がしっかり理解すること。・本人の最後がこれでよかったと思える人生だったのかを考える。 <p><施設部会></p> <ol style="list-style-type: none">① 利用者の体調、今後の体調変化の可能性を医師、訪問看護から話す。② 看取り状態になった場合、どのようなサービス（デイ、ショート）が受けられるかを説明する。③ 家族間で上記の内容を共有し、今後の方向性を話す機会を設けてもらう。④ 本人の意向の確認。 <ul style="list-style-type: none">・サービス担当者会議等を開催し、利用者に対して全員で考える機会を設ける。
---	--

看取り事例（在宅②）

在宅看取りの予定が、入院し病院で亡くなった事例

各部会提出内容

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・在宅生活、在宅介護を行う上で、家族、本人に今後予想される病態について親切丁寧に説明していくことの積み重ねが大切。・見極める判断する具体的な事例を話しする時間とタイミング。・在宅医と訪問看護師でサポート出来るという安心感を伝える。・入院する病院に在宅医から家族が在宅での看取りの意向がある旨が説明され、情報の共有が図れること。・気軽に相談できる相談相手の存在があると良いと思う。 <p><ヘルパー部会></p> <ul style="list-style-type: none">・看取りの意味を考える。・本人が一番望む姿は何かをしっかりと話し合う。 <p><ディネット部会></p> <ul style="list-style-type: none">・病状や今後の看取りについての説明と理解が必要だと思いました。・在宅での看取りにおいて家族の達成感や満足度も必要である。・医療処置や延命治療をどこまで実施するのかは事前に話し合うことが必要である。・看取りについて家族間による意思統一が必要である。・本人の意向を確認したうえでサービス担当者会議を開催し全員で検討する機会を設ける。 |
|--|