

第1回 多職種連携に係る事例検討会

(グループワークまとめ)

①グループホーム・施設での看取りの現状について

【医師】

- ・グループホームでの看取りを行った(2~3件)。
- ・家族でのコミュニケーションが取れているか→家族の方が不安になった時の対応として、医師からの説明があり安心できたと思われる。
- ・施設での看取りでは、他入居者に動揺があるのではないかと→動揺は少なかった。他入居者の方とは亡くなる前まで過ごされていた。
- ・認知症の方が多く理解できているのか。
- ・家族へ看取りの希望について確認をしている。在宅の先生に依頼するが、在宅で不安な終末期は入院受け入れもできる事を説明。
- ・自由に時間が取れない。
- ・死に対する慣れ。
- ・施設での看取りと家族の考えにギャップがあった時はどうするか。
- ・施設で同時期に複数の利用者を見る事が出来るか(職員の数)

【病院】

- ・病院での看取りには限界がある。
- ・病院で亡くなる方が多い。家族が着くまでに呼吸、心臓マッサージで繋ぐとか、家族の要望、必要な体制を始めにしっかりと整えている。
- ・癌の方→系列の病院、出来る治療を説明実施、バックアップ、延命説明、質疑応答。
- ・病院希望→実際看取りしていない。
- ・病院を望まれる方が殆どである。家族の希望に沿って病院、施設を紹介。

【看護師】

- ・癌での看取りが多いのか→肺炎や老衰などケースバイケース。
- ・看取りは自然な形での看取りを行っている。点滴等も行わない事もある。
- ・往診に行き、対応する。病院で看取る際にも不安。出来る限り、家族と寄り添って対応している。素晴らしい。

【グループホーム】

- ・今回で8人目。最初は医師との連携がうまくできない。どうしたらいいかわからなかった。
→スタッフの話し合いを持つ。施設での看取り、温かい。
- ・看取り現状は無い。介護度が上がれば病院は受け入れてもらえない。避けては通れない。ニーズがあるが、医療との連携がとれてない。
- ・施設では鹿野苑だけ。職員が集まって看取りをした。医師、看護師との連携、本人が淋しくないように対応している。

【軽費老人ホーム】

- ・元気の方が多。看取りは現在ない。

【ヘルパーステーション】

- ・看取りに関わる事はなく、連絡で知る事が多い。

【ケアマネジャー】

- ・介護と医療について、医療的な対応を行う際はどうすれば良いか、どう対応していたか。主治医と看護師に密に連絡を取り、急変時の対応などを話し合っていた。また、家族にも説明する事で、不安をできるだけ無い様な対応を心掛けた。

【小規模多機能】

- ・在宅看取り希望あれば実施している。いつ家に、どこで迎えるか。
→いよいよ、その時であれば対応。
- ・病状により患者が自宅で大声を出すと近所が通報してしまう。
→職員が自治会を回って説明した。自宅へ迎え入れる時は、移乗の手伝いや一緒にお茶を飲んだりした。最期は、家族、職員、近所の人までも皆で看取り。往診の医師だったので良かった。
- ・勇気でなく覚悟が必要。医師、看護師がいるので「安心なんだ」という意識。治療は家族の心の揺れで大変な事もある。家族の決断が違う。(方針がぶれる)
→医師が悩む。紹介できる病院も無い(病状的に)。方針等、一族で聞いた方が良い。

【有料老人ホーム】

- ・看取りは2例ある。

【サ高住】

- ・現在、看取りはしていない。

【相談員】

- ・入居時に看取りの説明を行っている。説明に不安だったり、納得がいかなければ、医師から説明をもらっている。入居時の考えから変わってしまう場合は、その都度家族に説明し納得して頂ける様対応している。

【その他】

- ・医師が施設近くにおられ、すぐ来て下さる。
- ・最低限な医療処置しかできていない。
- ・ターミナルケアがあったが、徐々にレベル低下していった。
- ・食思が低下し点滴が出来なくなってくる。
- ・体調が悪くなったら家族に協力体制の確認をしている。
- ・看取りの受け入れ体制が困難。病状が悪化しない限り、受け入れ先が見つからない。病院の空きを待っている所もある。
- ・夜勤へ不安(自分の時に何かあったらどうしよう)。入居者が病院へ搬送された時、スタッフが付き添う。残されたスタッフが他の方の見守りを行う。
- ・知識がないと不安。

- ・看取りへのマニュアルの勉強会を定期的に行っていた。
- ・他の入居者は認知症があるので、ターミナルの方以外へのケアも必要。
- ・カンファレンスで出た話を次へ活かす。
- ・病院・治療の場が認知症を進行させてしまうのかも。
- ・母体の病院と連携しているので、グループホームでは今はまだ看取りは行っていない。将来的には考えている。
- ・看護師がいない現状で、利用者さんの状態をどこまで判断して、しなければならぬ事ができるか不安。
- ・これから勉強していかないといけない。知識を増やしていく必要がある。
- ・往診・カンファレンス前に施設で亡くなられた。
- ・看取る時、本人がどうしたら喜んでもらえるか。できる事をする。
- ・みんなでやる気持ちが大事だ。
- ・看取りのケースがない。
- ・夜間帯1人、不安がある。自宅で過ごす場合には課題あり。
- ・医師とは看取りの体制はできている。
- ・看取りに対する勉強をする必要がある。
- ・何かあったら施設長、もしくは看護師に連絡とれる体制ができている。
- ・看取りに対するスタッフの教育、心の教育が必要。
- ・家族によっては病院の看取りを希望する人もいる。
- ・本人、家族の気持ちも重要だ。
- ・ターミナルの場合、介護力がないケースがある。病院で亡くなるケースが少なくない。
- ・スタッフの現状、環境が追いついていかない事が少なくない。
- ・ご家族への対応と職員はどうしているか→終末期に入った際、連絡する。入居者・家族が休める環境が必要である。職員へはできる事とそうでない事を分けて伝える。一人夜勤者へは、状態が変化した都度、起こりうる事態とその時の連絡、対応を伝えていく。
- ・在宅での看取りは、一か月位で変化が多かった。サービスも変わっていく。往診の医師が近くにいた。
- ・病院からは一日だけ自宅へ返ってこられたケースあり。しかし「最終は病院で」と言われる。
- ・子供がいない。県外で患者を看ない人がキーパーソン。急に呼び出されて大変。薬も飲めない。
- ・去年、今年、自宅で最期を迎えられた人がいた。家族の協力を得られた事がよかった。ケアマネジャー、訪問看護師さんが精神面にも入って下さってよかった。ただ、入浴がなかなか厳しい所があった。家族も何かあったらとためらうことが多く、清拭対応だったのが悔やまれる。訪問入浴のサービス、寝たきりの方でも可能なので組み込めたが、家族ためらわれて2週間程体を拭くだけで終わってしまった。積極的に家族とかかわれたらよかった。
- ・食事の管理、なかなか難しいので、好みに合わせるという点はすごいなと思った。
- ・遠方、血筋じゃないのにキーパーソンになっている方が多い。養護はできない。離島は難しい。看取りをする手前までしたいが。
- ・最期の病院にお世話にならないといけない。声掛けの支援で世話。
- ・離島の方の看取りは難しい？すぐ、施設に入れない。
- ・職員と利用者一緒に居室で食事という事すら難しい。スタッフが少ない。
- ・入院中に食べられない方→家族へカンファ。治療をどこまでするか、理解(受け入れられない事)確認、悪化してカンファ、その繰り返しである。医師へ言い難い。出来るだけ本人の希望に沿って行う。(認知もあって難しい)
- ・1月まで独居。老健施設に1ヶ月(末期)。最後の2週間、在宅医師訪問。最後が良ければ、次に繋がる。最初をやらないと進まない。

②どのようなバックアップ体制(スタッフの支援など)があれば

グループホーム・施設での看取りを実現できますか。

【本人】

- ・本人がどうしたいのかを確認しておく(チームで)。
- ・グランドデザイン(どれだけ生きるか)の実践。
- ・本人の生活歴をよく知った上で対応できる事。(本人を知ってくれている人がいる)
- ・最期は医療ではない。
- ・救急車に乗せない。

【スタッフ】

- ・スタッフとの信頼関係。
- ・職員の教育。
- ・施設の職員が分かっているれば可能。ケアマネジャーが主治医を変えたりして取り組んでいる。(有料)
- ・スタッフの負担が多い(施設)。スタッフの数がとれない。スタッフの人員の確保。色んな職種の連携。
- ・職員教育を何から始めたか。
- ・状態変化があった時にすぐに相談できる。一緒に考えてくれる人がいる。
- ・誰かに言える事。(相談できる事)
- ・不安に負けずにケアができる。
- ・老健や特養とグループホーム、有料老人ホームなどとは対応が変わる。
- ・要介護は診療所に連れていかないといけない(島)。主治医の所に入院ができない。連携がとれないから連携ができる体制。

【医師】

- ・医師の協力が必要。
- ・主治医探し(訪問診療してくれる医師)3名の医師を確保している。
- ・医師の説明が一番、直接話をする。
- ・医療のバックアップが必要。
- ・ターミナルとなった方の主治医探しをどうしていくか。(医師をどう説得していくか)

【医療】

- ・薬剤師の協力、麻薬など協力が必要。
- ・ペインコントロールをどう対応するか。
- ・薬剤師との連携と施設側から逆に提案していけるか。

【施設】

- ・他の入居者への精神的ケア。
- ・施設側の柔軟な対応
- ・看取りの瞬間に間に合うかどうか重要ではない。それまでのプランをしっかり立てる。一例を作ったりする。
- ・施設で看取りができていると思っていた。
- ・医療的な受け入れ、どう見つけてお願いするか。

【全体の連携】

- ・医師と家族と職員との信頼関係を築き、本人様が何を望んでいるかをくみ取りケアをしていったらいい。
- ・方向性を色々と提示し、その中で納得して方向性を定めていけたらその人らしい生き方ができるのではないかな。
- ・方向性を明確にしておく。
- ・チームケア(医師、家族、職員など)全員で本人の思いを共通認識できている。
- ・横のつながりをしっかり作る(医師に声をかけたりしたが夜は無理)。