

平成25年度1月期 居宅介護支援部会 議事録

開催日時：平成26年 1月 27日（月） 18:00～20:00

開催場所：足立区役所 13階 A会議室

参加事業所： 74事業所

参加人数： 79名

式次第：1、特別養護老人ホーム申し込みについて

(高齢サービス課長 飯塚様)

(介護予防係 村本様)

2、挨拶

(居宅介護支援部会 弓狩部会長)

(訪問看護部会 浅野会長)

3、事例発表

(本木関原居宅 野尻様)

(ゆいま〜るつばさ 寺田様)

(楽患ナース 岩本様)

(つやま訪問看護 羽田様)

4、ワークシート記入・グループ討議・発表

5、事務連絡

議事録：

1、特別養護老人ホームは現在、3,951人が入所待機状況。昨年、待機者にアンケート調査を実施。3割程度がすぐ入所必要。施設側より、本当に必要な方を選びたいとの意見があり検討中。今年、新規施設が5か所開所にあたり、入所申し込みの仕方を説明される。12月より認知症の早期発見・早期診断の取り組みを区も行っていく。大内病院が連携を取り、アウトリッチでみて頂く事業。各地域包括より、認知症があるが受診につながらないケースを発見し、区の方で連携し大内病院につなげていく。先週月曜日にカンファレンスをかけた方が金曜日には入院できた事例もでていく。

新規施設開所もあるので、申し込み概要を改めて説明。用紙に記入し、第一希望施設に申し込む。その施設で一次評価し、写しの方が区に届く。区の方で2次評価をし、入所検討委員会にかけて優先度と点数が決定する。その後、名簿を作成し各施設の方に渡される。施設で空きが出た場合、優先度の高い方より声をかけて頂く。次回特養の入所検討委員会は、3月14日（金）に行われるのが決定している。2月21日（金曜日）までに、施設で受け付けた申し込みが対象になる。お急ぎの方はご検討ください。申し込みの基準で、介護者の状況～お住まい～本

人の問題行動が一次評価になる。CMの関わりでは、申し込み兼調査表の裏面、介護支援専門の意見書があり、ここは2次評価が行われる。内容により重要です。2次評価の基準は、配布した資料、特養の優先入所特養の第2次評価基準取り扱い指針があります。該当する項目があれば加点がつき、多いのはD・Fでつきやすい所と思われます。時折、CMより質問がでるのは、ケアプランの在宅サービスの利用率です。ここは90%以上であれば、+1加点がつくので、必ず記入をお願いしたい。上限のポイントで閉める割合を%でご記入くださいと説明している。その他、留意すべきことでは、詳しく書かれているものと、そうでない意見書もあり、評価でC・E、加点がつく場合があり、実態に合わせた物の記入をお願いします。変更届けについては、基本的に表も裏も全部書いてほしい。

点数が上がる場合もある。施設の変更の場合についても、提出先は元々の第一希望施設に出す事になる。間違えのないように。医療的ケアの資料、12月8日現在の最新情報です。これは2次評価でみるもので、受け入れできない施設を第一希望にされ提出している方がいます。その場合、もう一度、変更届けをだしてもらう事がある。利用者にとって手間がかかるのが考えられる。医療的ケアを受けている方の意見書を書く場合は、希望施設の方も気にとめて頂きたい。新規施設の申し込みも始まり3月より順次開設予定です。5施設が申し込み可能です。新しい所の希望がある方は移行の方をお願いします。

- 2、 部会長・・・今回は、訪問看護部会にお越し、事例を通し看取りについて考える流れです。前回の部会で、地域ケアシステムの方向性を聞きましたが、今後、在宅での医療と介護の関係、どこで看取りをするかがポイントだと感じます。その流れも含め、4名の方に事例を提供していただき、グループワーク企画です。どのように在宅で最期を迎えられるか、在宅の限界を知るのも大切。

訪問看護部会（浅野様）・・・看護師として所帯の少ない部会。皆さまにご迷惑をかけているのが、担当者会議の設定に配慮して頂いている所。この場をかりてお礼します。こうして連携や交流会ができ、終末期の問題、どういう形で死を迎え、これでよかったと思われるように、改めて勉強したいと思います。

3、 4 事例発表

4、 ワークシートまとめ

(1) 事例感想

- ・ 困難事例でないケースもあっても良かった。

- ・介護力・経済力の弱い方は、多職種連携は厳しく思う。
- ・4事例とも家族関係が異なり多くの支援方法で考えさせられた。
- ・主介護者が必要だと思う。ケアマネの腕前にもよる。
- ・家族の理解力がない場合、ケアマネや各事業所間の情報のずれ等があり、家族への説明が難しいと思う(家族は何でもやってもらいたいが、各サービス間で出来る範囲が決まっているので。)
- ・医療に対する、胃ろう・たん吸引等、確認出来ない場合は？どこまでやるか悩んだ
- ・看取りの難しさ・奥深さを痛感・在宅の限界を感じるケースもある。
- ・ご夫婦の支援ではケアマネは金銭管理から行わざるを得ない状況大変だろう。
- ・CMとして何をどこまでできるか、してよいか、考えさせられた。
- ・CMとして先を見通す(マネジメント力)医療の専門知識を勉強すべきと感じた。
- ・まだ看取りの経験はありませんが、関係事業者や家族と積極的に関り相談しやすい体制を整えておく事や、ご家族にも万が一の時の覚悟。その時に慌てない為の話合いが重要であると改めて思いました
- ・この方向が良いと思いつつも、本人家族が最期をどう迎えたいか・・・一番優先されるべき、強い意思が必要で、事例もそのケースで大変参考になりました。
- ・自宅で看取る経緯が色々ある。CM⇔訪問Ns連携が方向性の統一が必要である
- ・訪問看護部会との合同は、とっても良かったです
- ・事例と同じような経験があり、医師看護師さんはあまり状況説明はなかった。
- ・ガン末期だけでなく、事例を通じて様々な看取り支援があると感じた。具体的にはそれぞれの立場場面を通じて多職種連携が必要と感じた。癌とかでない長い経過を看取る大変さも感じた。
- ・各事例ともに適宜情報交換やカンファレンスを行い、その都度、事業者間での方針の話合い、意思統一と情報共有に努められた印象。医療と介護が程よく連携できていたと思います。
- ・ケアマネ本人と担当したNaからみたケース。ケアマネへの評価があり立体的にみる事ができた。
- ・在宅看取りにおける「思いに寄り添う」大切さを改めて感じた
- ・介護医療連携の大切さ(緊急時の対応確認等)を認識できました。
- ・どの事例も「綱渡り」をしている印象であった。自分だけではないと感じた。
- ・生活保護で、独居の方で家族協力がないと、結果、CMと看護師が一番関わる。もっと、ワーカーや役所、地域包括、保健士参加
- ・医療保険での訪問看護は、どの位利用できるのか考えた。
- ・誰もが在宅最期を希望しているのを忘れたくない。

(2) 看取り経験

ない	9
ある (1~5)	31
(6~10)	8
(11人以上)	17

(3) 看取り支援の必要だと思う事

- ・本人の意思確認ができない時は家族意向が必要。医師・看護師・介護職が同席で確認が必要。
- ・どのようにしていくかを具体的に言語化できるようにしていく。
- ・現状を的確に理解できるスキル・関係者がすべて同じレベルで話し合える事。
- ・支援者（ケアマネ）としての心構えがいまだにわからず・・・現在も困惑しています
- ・本人や家族の意向(今後どうしたいか)・病気に関する知識、各サービス間の連携、意識があるときに万が一の時はどうするか(独居)を話し合う
- ・皆が納得して看取りに向かうベクトルをあわせる。
- ・最終的には援助のスキルよりも、家族本人の意思をどれだけ取り入れた支援が出来るか？
- ・家族の介護力（どれだけ関われるか、家族は仕事を休めるか、支援者の心構え、安心できる説明力（CMスキル）
- ・本人や家族の意向　・ゆっくり話を聞く時間
- ・独居で認知症が進み、金銭把握できない時の備え
- ・本人意向を聞いて頂けるドクターを探す・主治医との連携
- ・決断できる KP、意向から組み取り必要な情報を提供できるケアマネ、医療と介護の連携・多職種との連携
- ・本人家族との確認、事業所内での協力体制、医療のバックアップ
- ・家族の意向（気持ち）医療との連携、介護体制でどこまで実現できるか。
- ・情報がいかにスムーズに(時間・内容)伝える事ができるか？本人の意向確認は悪化の前に(元気な頃から)しておきたい、チームでの意思統一、連携体制の確認
- ・本人がどこで生活したいか、家族はどうしたいか
- ・まずは本人の意思確認、家族の気持ちを大切に考え支援していきたいです
- ・医療の選択肢・適した事業所（看取りができる医療機関・看護STの情報把握）
- ・本人の覚悟と家族の受け入れとともに、CMも看取りをする覚悟が必要。経済的な情報(介護に要する費用の相互確認)医師や訪看の緊急体制

- ・生保の場合・身内がない場合担当ワーカーとケース4のように事前に打ち合わせが必要（遺体・葬儀社）
- ・寝たきりの際の回数がある身体介護導入で、生活援助の支援困難がでる。
- ・疾患の知識を正しくつけておく。
- ・ベット数がある病院だと、在宅診療をしない場合があり、救急搬送になりがち。
- ・本人の思いと家族の覚悟、不安や心配の所在を明らかにし解決できるチームの存在
- ・在宅医療と介護サービス、家族の意識、認識の共有

(4) 看取り支援での身につけておくべき価値観・知識・技術

- ・ブレナイ迷わない、マイナスと思わない心。
- ・家族の思いが強いと、本人が亡くなる事実を受け入れないので、病気の変化を知る、死生観を学ぶ事。
- ・気持ちを引き出す技術、第6感的感性。
- ・家族存続が大きく、独居では問題が大きい。
- ・医療機関との連携の技術もありますが、ケアマネとしてどのような立ち位置で看取りという（ほとんど医療の世界に）位置するべきなのか？初めの一步がいまだにわからない状況です。
- ・医療的知識、サービスの配置(何にウェイトをおくか)、医師とのこまめな連携、家族とのこまめに連携・その都度、教えてもらうようにする。
- ・本人又家族に安心安楽に最後を迎えられるよう寄りそう、必要な情報の提供等
- ・病気の変化に対する知識、痛みの理解と除去
- ・疾患知識や処置と予後。家族への精神支援・希望を良く理解する。看取りの覚悟、心変わり（揺れる思い）を医療者側に伝える。
- ・医療介護の役割、コミュニケーション技術、グリーフケア
- ・医療知識(疾病の理解、進行状況把握、器具の理解)、看取りに対する考え方・受け取り方等、本人家族との面談技術（説明力）
- ・疾患の知識、死後の事について（身寄りのいない人は民生課等へ）、自分が元気の時どのようにするか決めておく、ケアマネとして関っていけるかの線引き
- ・看取りに付いて確認、家族体制について確認
- ・死へ向かう利用者(死への心構え) 家族の不安を最大限取り除くための知識、技術、面接力、心理的アプローチ（フォロー）
- ・日ごろの連絡相談が出来る事。褥創・嚥下家族と通院について。
- ・むずかしいのは本人への告知だと思います。家族の気持ちを第一に考えられる限り納得の行く方向で支援したい。医療用語が難しくわからない事があった
- ・多職種連携の技術しっかりしたケアプラン

- ・ケアマネの医療的な知識はある程度必要と思われませんが、やはり医療職とどう連携を取っていくかをしっかり認識しある意味ケアマネが利用者家族と向き合っていく覚悟も必要
- ・夫親子供がいた場合、子供が死をどう受け止められるか
- ・癌の場合、わからない事が多い、分担してかまえるケアマネ生活面で福祉用具を早急に入れる、訪看との連絡は FAX、TEL で密に行う
- ・いかに本人の気持ちを尊重したケアができるか、その視点を持ち続けること。誰が主役か忘れない。
- ・主治医を交えずに求められた病状説明に対して応対できる知識・態度・覚悟
- ・病状説明をどなたに説明してもらえば、本人家族が理解できるか見極める力。
- ・1つの価値観にとらわれず面接技術を高める。

(5) 看取り経験者で良かった事、難しかった、学んだ事

- ・老衰、認知症で食欲不振でも、胃ろうを拒否。
- ・タンや発熱で家族がみていて、辛いと話すときは困った。
- ・家族の話ばかりきいて、ドクターとも話すべきだった。
- ・看取りへの支援は(一人)だけですが、難しかった事は途中から前任ケアマネと部署移動により担当が替わってからの支援でしたので大変難でした。
- ・家族との連携と理解、どのタイミングでサービスのウェイトを代えていくか、連携の大切さ、ヘルパーに対する指導、医師との連携(医師によっては相談にならない人も居る)
- ・予測よりも早く病状が進行し調整が難しかった。
- ・介護と看護または医療の連携が大切で、充分取れていないと思うことがある
- ・意向や個性に沿ったケアマネジメントが作れず、意思決定の話し合いがなかった。
- ・家族の介護力(愛)
- ・介護者が遠方で、高齢世帯のみだったりし支援の決定が難しい。
- ・介護者が満足を得られる、介護者が精神的に介護負担の増加により限界になったときの支援
- ・主治医との連携が取りやすく、相談できる体制が整っていた事がよかった
- ・本人に必要なサービスと思って提案しても、本人家族の理解が得られず拒否されてしまい、思いが伝わらず歯がゆい気持ちになる。日ごろからの家族とのコミュニケーションが必要だと思いました
- ・今後、出現する出来ごとを、説明できていなかったのが残念。
- ・状態が変わる早さの調整が難しい。回復はしないけれど、こうしたほうがいい(本人の為に)と提案し、それを決断できる(やるかやらないか)家族や KP がいない事
- ・仕事の休みに入る前に事前にケアマネがいない場合の想定でストレスになる

- ・家族が看取りに付いて在宅で看取りたいという気持ち。病状の変化に家族が思い悩むときの気持ちについて精神的ケアが必要だと思う
- ・急に亡くなってしまった方がいて、金銭管理をその人がしていたのでその後は甥から司法書士につながりましたが
- ・短期間に色々と起こるので、精神的に緊張し休まらない。
- ・家でなくなる方はいませんでした。が病院に着きすぐなくなった方がいました。緊急対応が大切だと思います
- ・医療的なことは家族と医療職で終わってしまった。ケアマネもどんどん巻き込まれるべきだったと、難しさを感じた。
- ・本人が自身の予後を理解し、家族が支えられる環境が望ましいと考えます。本人が病氣と向き合えず家族の意見が分かると、そのたびに支援の方法が揺らぎ思わぬトラブルにも発展してしまうこともあると思います。
- ・家族の意向が揺れる際に、黒しろつけず状況に応じる力量。
- ・疾患知識が学べ、ケアプランも多職種で確認できたのは良かった。
- ・看取りでも2週間の場合もあれば1,2年の場合もある。一応どれくらいかを予想。難しいケースは家族が介護に対してこだわりが多く介護疲れもあり、特に訪問介護員に対して過剰な要求がある
- ・人生の最後にその方の生き方がでると思った。
- ・死の受け止め方にずれが大きかった事がありました。病状の変化に主治医や看護師から説明されていると思っていましたが・・・
- ・家族には看取りの後悔も出やすいので、その理解もして行く事が重要。
- ・家族介護サービスの方が安心して本人を見とれたとの発言があったこと(適切な情報共有が出来ていた事)
- ・対応できるスタッフの数より多い患者が亡くなったとき、大変だったが優先順位を判断、家族に説明理解してもらった
- ・最期まで自分と決めていても、CMが入院を進めてしまったり、病院で最期になり残念なケースがある。
- ・訪問看護との連携、本人、家族の意思確認が常時できたケースを体験して良かった
- ・意思確認は常時、取っていくものだと感じた。
- ・お金がないケースの看取りは難しい。

(6) 今後の連携で期待する事

- ・CMとしての看取り支援に対する心構え的なマニュアル?が欲しいと思いました
- ・状況が変化したその都度、アセスメントをとって、どんどん連携を深めそれをサービスに反映していく。医師との連携をとってサービスを変更していく
- ・些細な利用者様の変化にも敏感に反応してくれる事が嬉しいです。

- ・パートナー選びが大切。話しやすい雰囲気づくり。きさくな医師がありがたい。
- ・医師や看護師に聞きまくり、知識の不足をフォローしてもらう。
- ・できる限り往診日にあわせて訪問し、Dr と会話し連携を取る。多職種の利用時の変化など、Ns に電話連絡する。
- ・事務的な連絡だけでなく、ささいな事でも共有や相談ができるような関係作りが出来ると思う
- ・専門用語も聞ける関係。医療を深く勉強できるようにする。
- ・医師と積極的に関わっていく。医療側とフィジカルな意見で目標達成を考える。
- ・状態が進行していくのであれば、このような状態になったらこれを準備しておけば良い等予見できる内容の提案をしていただけたら助かります
- ・すぐに連絡が取れる(医療・家族)、対応が早い(医療)協力体制。
- ・看取りに対しての精神ケア、看取り見通しについての説明。良かったと思わせる話、安心感、メンタル面を注意する。
- ・留守でも伝言や折り返しがあると良いです。休日の時はどうするか。正月とか決めておきたいです。連絡手段を確保
- ・顔がみえる関係作り。要点をまとめた話をする。
- ・医師看護師が家族に話されていることをケアマネも知っていたい。そのためにはコミュニケーションが必要なので会って話す機会を多く持てるようにしてほしい
- ・医師がしっかり本人家族に病状説明や治療方針が提案できる。IC を適宜実施
看護師が本人家族の思いを把握し各サービス提供者に連絡をしていただける
- ・最期の場面の話をしっかりつめておく。現状のステージを知る。
- ・ケアマネは接着剤。医療の最新情報はわからない。
- ・制度的に忙しくなり書類が後付けになってしまっても、利用者家族の為に必要なサービスを整えられる度量とスピード感(特に癌末期)
- ・サービス量の限界を医療ではどのくらい必要か検討(インシュリン回数等)
- ・日々変化していく病態生活の中、予後を考え適切なタイミングで意識共有
- ・フォーカスを共有する事
- ・ケアを押しつけてはいけない気持ちを忘れない。
- ・家族がパニックにならないように説明を丁寧に。
- ・医師に担当者会議に出席してもらう。

(7) 最期まで自宅で過ごしたい・・・と言われたら、あなたは
積極的に支援できますか？

①□ はい 32

②いいえ 0

③どちらともいえない 16

(理由)

- ・①その病状がどのように進行していくのか、そのような生活環境にあるのかを考え合わせて考える。それでも独居なら医療に頼ることがあるかもしれない。
 - ・①在宅のケアマネだから
 - ・①仕事だから。責務だと感じる。
 - ・①近年は在宅医療が整っている。
 - ・①医療連携がとれれば、支援できる。
 - ・①在宅で看取る事で家族の達成感みたいな事があると思う
 - ・①自分もそう（最後まで自宅で過ごしたい）と思うかもと感じるので、精一杯うけたい。明日はわが身なので
 - ・①人生の最期を希望通り、叶えてあげたい。
 - ・①本人の希望だから支援しますが、しかし意識がなくなった場合は病院に搬送すると思います
 - ・①特養(施設)で看取りを行っているので、それを見て充実した看取りだったから
 - ・①人間の生き死の中で、自分が関れる大事な場面と思う
 - ・①良く話してどういう風にしたいか聞きに依っていく。覚悟ができていれば。
 - ・①個人的には在宅看取りには訪問看護の醍醐味が凝縮されていると考えている
 - ・①施設に入れない現状もあり、基本は在宅看取り。
 - ・①ケースバイケース
 - ・①一度退院させて、その後のフォローができない病院が多いから
 - ・①家族の力が期待できる。
 - ・①気持ちが揺らぐので、色々な取りきめがあればできる。
-
- ・③独居で身内がない方の場合認知があつてのターミナルは・・・
 - ・③生活の経過とともに変化するため、その都度対応している
 - ・③こちら側の想いと本人家族の希望が必ずしも一致する物ではないので、迷うと思います
 - ・③本人と家族の思いが異なる為。
 - ・③状況が理解できていない事もあるので、慎重になる。
 - ・③生活環境が整っていない事がある。
 - ・③その方の状態によるため。自宅生活の限界を感じる。
 - ・③利用者さんの意向を支援したいと思うが、ご家族の意向、環境など困難なとき

もあると思う

- ・③医療の知識が少なく、自信がないかも。
- ・③可能な事と不可能があり、保険枠もあるので言えない。
- ・③病状によっては医療対応に限りがある

(8) 全体の感想

- ・看取りでの支援意識の向上を考え、今後につなげたい。
- ・自分の考えに固執しないように気をつけたい。
- ・一番困難に感じている部分だったので大変良い時間を過ごす事ができました。ありがとうございました
- ・訪問看護部会との合同で、お近づきに慣れた感じ。
- ・サービスの調整のみならず各人の意識の調整もしなければならない難しさがある
(各人勝手な事を言う事があるから)
- ・困難事例と一口に言っても限界を超えたターミナルも様々あると感じました
- ・色々な意見が参考になり勉強になった。
- ・今後も増えていくケースで、CMとして悔いのないよう勉強します。
- ・皆様と同じ想いを感じている事に安心しました
- ・看護師の立場や他のケアマネの事例など様々な話を聞く事ができて、看取りのイメージが持てました
- ・看護とケアマネ、各関係事業所等で共有する部分がタイミングが遅く手遅れになったという話を聞き、やはり密に連絡を取っておく事が大事
- ・看護師さんの対応力に学ぶことが多かった。
- ・方向性についての話し合いが充分大切である事
- ・GWの時間がほしい、発表4名は多いような・・・
- ・経験が少ないので、情報量が増してよかった。
- ・普通にある話なので身近に感じます
- ・CMとお話できる場がありがたかった。医療的思考に偏りがちな看護師なので。
- ・看護職とのワークシートを使っての意見交換できて良かった
- ・沢山の参加がありとても驚きました
- ・訪問看護部会でも、今回のような勉強会を実施すべき。
- ・在宅看取りの覚悟を考えた。看取りは大切な支援ですが、難しい。
- ・連携の難しさ、大切さ、必要性を学んだ。終末期に関わる責務を感じた。
- ・4つの事例とも、とてもためになり、参考になった。
- ・今後も意見交換の場があれば参加したい。いいテーマの部会でした。