

平成25年度
第2回在宅医療・福祉ネットワークづくり

テーマ
「看取りについて」

日時：平成 26 年 3 月 5 日(水)

19 時 00 分～20 時 45 分

**場所：新潟県障害者交流センター
(新潟ふれ愛プラザ) 2 階会議室・研修室**

新潟市地域包括支援センターかめだ

タイムスケジュール

【製品紹介】18:45～19:00

「アルツハイマー型認知症治療薬アリセプト」 エーザイ株式会社

【話題提供】19:00～19:10

1. 「新潟市認知症連絡手帳について」

押木内科神経内科医院 副院長 永井博子先生

2. 「江南区在宅医療福祉連携手帳について」

新潟市地域包括支援センターかめだ

【特別講演】19:10～20:00

座長：押木内科神経内科医院 副院長 永井博子先生

テーマ：「自分らしく生き切り、自分らしく寿命を終える

-それを支えられるのは どこか-

山形県老人保健施設協会会長 医療法人社団

社会福祉法人 悠愛会 理事長 大島扶美先生(医学博士)

【グループワーク】20:00～20:45

司会：新潟市地域包括支援センターかめだ

テーマ：「今後在宅で看取る上での問題点」

【その他】20:45～

江南区在宅医療・福祉ネットワーク 会則について：

江南区 健康福祉課 高齢介護係 係長

挨拶：江南区 健康福祉課 課長

閉会の挨拶：押木内科神経内科医院 永井博子先生

グループワーク

グループ1

<居宅ケアマネ>

- ・自宅での看取り少なくなった。在宅=介護者1人+サービス+往診してくれる医師の協力体制、連携必要。チーム力重要となる。チームを作れるかどうか。核家族増え、自宅で介護する力少なくなっている。

<行政>

- ・単身者多くなる→在宅難しい。家族いても日中独居→介護力の問題。

<老健>

- ・身元引受となる親戚、成年後見。看取りまでは話づらい。看取り加算とっていない。
→職員教育、体験させる。一度経験すると変わる、積極性でる。

<医師>

- ・チームとしてのコミュニケーション、サービスいろいろ入るが、別々に行く。関係者が話し合う時間必要。介護者の考え、覚悟必要。最後になって救急車呼ぶこともある。

<大島先生>

- ・最後まで優しく看護する。聞こえる、タッチング。モニターに頼らず=病院はせざるを得ない→在宅、老健は違うだろう。

<薬局>

- ・単身者、薬あるのに何度もくる。失禁しているところ見つける。親をみている子、うつのよう。老々介護・・・
・家族として介護できるのか。在宅がよいのかわからない。受け皿が必要。



グループ2

・ 家族が在宅で看取る“カクゴ”がいる。医者（24時間対応が必要）、家族、いろいろな協力が必要。

・ 医療面が必要になると病院となってしまう。

・ 家においても平穏に居ればよい。

① 医師 緊急時の対応ができない。

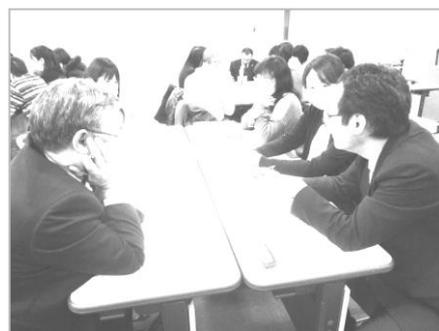
体制ができていない。

「ご家族の皆様へ」ができたらいいなあ。

② 看取りの研究会があってもいい。

医療面（痛み）はどうなのか。

チームを作る。医師を中心。



グループ3

<思いあたる問題点>

- ・看取ってくださる主治医が大きな病院のDr.であった場合。
→往診していただけないだろう。
死亡診断書書いてもらえるのか？
→書けないだろう。
- ・在宅で動ける職員（訪問看護など）は足りているのか？
→足りなくなって、やっていたが休止した。
- ・そもそも介護度の高い方は在宅では少なくなっている。家族は在宅での看取りを希望しているのか？
- ・キーパーソンが次の代の人になっている。
- ・実際に家に帰ってくる身内（82歳 父）嫁として仕事をしているのに看れない。誰が看るのか？
→・みんなをまきこまなければ。ご主人のご兄弟も。
サービス使うのもお金かかる。→でもサービス使う。デイサービスやショート。本人の希望が「家に帰りたい」だと・・・
- ・家族の受け入れる気持ちが・・・
- ・昔の「嫁が看る」という風習が、今は皆仕事をしているので、できなくなっている。
- ・家族から介護を受けなければならなくなると、その人の人生が出る。(家族関係、・・・)
- ・核家族化しているので高齢者と暮らしていない方も多い。
- ・ケアマネとして担当していた方が「自分は生きるために帰ってきた」と言った方がいた。最後は誤嚥で亡くなった。



グループ4

- ・急変時、救急車を呼んでしまう→誤飲等もあるので・・・
となりにクリニックがあるのでその先生とも協力して
- ・老健・・・どこからどこまでが看取りの範囲、治療の範囲か判断しづらい。←みんなやったことがない、経験がない。
夜間は医者や看護師がいないので、隣の病院にお願いしてしまう。
急変時の対応が判断難しい。
看取りには勇気も必要。
在宅では家の方、医師の協力がとても必要。
- ・本人、家族の希望で、ギリギリまで家で見ていたいが、最終は病院で・・・というケースが多い。
- ・食べれなくなった時はどうするか・・・。経管栄養の必要性→ショートステイは断られる。
- ・何が原因で食べれないのか、医師でないと分からないので、その後の判断ができない。
- ・悪循環は食べれなくなることから始まる。
- ・在宅で看取った時、その時、救急車や病院に行かなかったことを後悔しないような強い意志が必要。 本人の気持ちを聞けたときと、それができなくて家族の気持ちになった時、の差がでてくる。
- ・家で何も対応しなかったことに対して、ネグレクトに見られないか。
- ・在宅の場合は必ず先生の協力が必要。



グループ5

<老健での看取り>

家族関係・・・嫁。誰が看取るのかにもよる。

施設関係・・・医療が必要になると併設の病院に移る。

このまま老衰で園で看取るということも全くないわけではない。

<看護ステーション>

ガン末期 本人自宅で亡くなりたい。

実際に本人の苦しむ姿に家族が精神的に耐えられない。結局病院で亡くなることもある。

実際に老衰で看取るとなると人的、家族構成にもよる。

死亡診断書を書いてくれる医師の協力にもよる。→夜中に亡くなったら、朝にきてもらうなど。

夜中に具合が悪くなった時にどうするか。家族が耐えられるか。

かなりの高齢で悪性腫瘍の方。開業医がもういいよねと・・・熱意で家族が自宅で看取った。

- ・人が亡くなっていく姿をみることが耐えられないということもあると思う。
- ・老健でもいつの間にか亡くなっていた時に、職員のショックは大きい。職員のケアも想定しておく。

<キーパーソンの意向>

家族同士話し合っておく。どこまで点滴するかなど。

嫁いだ嫁がワーと言って難しくなることも多い。



グループ6

- ・ 医療面が弱い。(施設側の)
- ・ 施設での看取り体制の整備
- ・ 看取りに関する訴訟等の問題 (責任問題)
- ・ よく話をしないといけない。(納得・理解を得ながら)
- ・ 家族・ご本人の意見を一緒にしていかないといけない。
- ・ 老健での看取りを考えていく。(現在、老健で胃瘻等多く、在宅復帰するケース(考えている)方は少ない)
- ・ 在宅での介護力不足
- ・ 意識を変える事が大切。



グループ7

- ・ 家族意識
- ・ サービスと往診してくれる医院が必要。
- ・ 家族サイドに立ってボランティア活動している。
- ・ 在宅で看取るのは不可能→入所している。→老健で看取るのは賛成。→看護師で看取れるのか。
- ・ 終末期リハビリを考えているが課題あり。(リハビスでも)
- ・ 在宅では、ステーションの役割として看取りが増えている→家族との連携や在宅医との連携にて可能です。すべての体制が整ってのものである。

ex. 老衰の方、ガン末期の方

- ・ 病人が家族に出ると家族で自宅で看取る気持ちが起きない。不安である。
- ・ 看取ると言うことまで考えられない。不安あり。

仮に在宅での看取りはハードの面で無理がある。

※家族の協力、本人の気持ち、家族が頼れる先生、サービスも訪問看護体制。

※ショートステイ等に入所していて熱発され在宅に戻り、その間家族の方がどうにもできない。→救急車で病院への対応が問題点。

※施設は看取りの部屋がない。



グループ8

- ・難しい問題である。

両親を介護してきた→具合悪くなると救急車を呼ぶ。病院で看取った。自宅で看取することはできなかったのが現実。状態が急変するとつい、救急車を呼んでしまう。

- ・在宅で看取るには体制づくりが充分ではないのではないか。

→状況を把握している医師がいない。

- ・主治医の先生が何かのときに来てくれる状況であれば在宅でも安心して看取ることが可能ではないか。

- ・ターミナルの方を担当した時に、前もって医師に状況や何かの時に対応してくれるかという話をしていた。

いざという時に医師がきてくれるという安心感が必要。(CM)

- ・往診の方はご自宅で亡くなられる方もいるがやはり病院で亡くなられる方の方が多い現状。(老健)

- ・姑さん介護していた。アルツハイマー病であり、考えられないような行動が多々あった。

認知行動が多く、家の中がめちゃくちゃになった。

結果、自宅にいたのはわずかであった。最終的には病院で亡くなった。在宅では難しい。

- ・小規模→看取りは難しいのが現状。

- ・どの範囲までを在宅にするかが重要。

ご両親は家にこだわっているようだ。

- ・ターミナルの方を担当した時に仏教の信仰している方がいて、水を飲みながら亡くなった方がいた。

主治医の先生

ターミナルの時期に本人・家族の意向を聞いて進めていく。

日頃からご家族の中で話をしていくことが必要。



グループ9

<特養で看取り>

4人部屋にカーテン、他の入居者の影響が大きかった。

設備の充実も必要。

とじこもりの方が亡くなった。医者に不信感。医師から指示的な言葉。

→この方の看取り 痛みの緩和

<病院>

急性期の病院からの紹介。44床のベッド数 受け入れ困難。

ある程度医療行為が多くなると在宅は難しい。

本人と家族の意向だけでは、受け入れ側も意志統一。

病院で苦痛がないように見てほしい。

在宅で看取る気であるもいざとなると119番呼んでしまう家族がいる。

<居宅ケアマネ>

急変が起こると病院。病院の方が安心。

<グループホーム>

訪看の役割も大きい。実際どのように対応していくか流れがわからない。

<ショートステイ>

夜間看護師がいない。

ショートステイは利用中に体調を崩さないよう留意している。

<デイサービス>

関係者が集まってカンファレンス等を行い、統一した対応が図れるよう連携している。



グループ10

- ・医療の連携をどうするのか？
- ・看取ることについてご本人の意向が聞けたらよい。どうやって意向を聞くか？
 - エンディングノート活用とか・・・
- ・在宅で看取られたい方に対して何をすべきか？
- ・認知の方の意向をどう聞くか？
- ・看取る時の職員の精神面、金銭面の問題がある。
 - 加算が少ない。



グループ11

- ・主治医の先生、家族、訪問看護との連携が図れたので在宅で看取ることができた。急変ではなかった。
- ・ご家族の希望もあり、主治医と協力できた。
- ・独居の方でヘルパー訪問時亡くなっていた。
- ・ご家族が本人がかわいそうになり病院へ搬送した。メンタル的にも家族の負担が大きい。
- ・医師の判断が大きい。
- ・家族関係、老々介護や息子さんと2人暮らしなど難しい。
- ・法人が同じ場合、連携がとりやすかった。理解が得られた。
- ・病院にかかっていない。(主治医がいない)



グループ12

- ・ 病院で看取る以外の情報を家族などにわかりやすくすることが必要。
- ・ 病院から在宅へ戻って看取る→状態の変化に家族が対応できず病院へ戻ってしまうケースもある。
- ・ 在宅で往診していた Dr. と緊急時に連絡が取れず、やむを得ず病院へ搬送したケースもある。(訪看、ホームヘルパー等利用して独居で最期を迎えるつもりで生活していた。)

在宅で見てくれる医師との連携重要！！

- ・ 施設での看取りが在宅でも同じようにできるか・・・
- ・ 在宅で看取ることよりも、在宅で生きることを考えるべきでは。

病院の Dr. の中でも自然死の理解が浅いのではないか。

Ex) Dr. より胃瘻について OK→病院 NO→在宅 家族が選択を迫られる。

在宅で看取るイメージを複数持つことが大切ではないか。

- ・ 家族にしてみても経験のないこと。不安が大きい。情報を知れる手段が必要。
- ・ 緊急時にも対応してくれる医師の存在が大切、重要。
- ・ 本日の講演にあるように老健での看取りが可能であれば、本人、家族の選択が増えるのは良い。病院以外での看取りの1つに・・・



グループ13

- ・在宅で看取る流れとと思っていたが、先生の話だと老健（コスト含め）？意外な考え。

自分で決めたい。本人の意志尊重すべき。

- ・介護付老人ホームに義父が申し込んだ。在宅で大変だから子供にはさせたくないと考えていた。
- ・医療人として何かできるのではないか。（自宅では思っているより大変）
- ・母の在宅医が看取り受けて下さるかどうか、かなり医療との連携が大切である。
- ・希望は自宅だが連携がうまくいくかが問題。
- ・末期のガン エンディングノートを活用した方が良い。
- ・寝たきりの方（肺炎）→他病院
- ・ショートステイの受け入れで夜間の急変時には対応に迷う。
- ・主治医が夜間でも連絡がつくと、在宅での対応がしやすい。
- ・看取った経験がない。現実的には在宅で看取することは難しいと思う。
- ・看取りの現場はないが、デイにターミナルの利用者がいて家族より自宅にという希望があった。自宅での看取り体制があると良い。

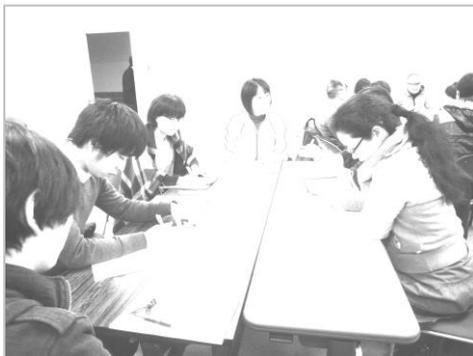


グループ14

- ・在宅だと医療依存度の高い方でも家族が対応できるかが重要。
- ・どの施設も提携医はあるが、それぞれの利用者に主治医おり、何かあれば主治医へとになってしまうため、受け入れに検討が必要。
- ・看取りの経験あるが、往診医、訪看からの家族への説明をしてもらい、納得された上で自宅での看取りを行うことができた。が、家族がきちんと受容できるまでが大変。

家族によってはいざとなった時に救急車を呼んでしまうことがあった。

- ・看取りの現場に立ち会うことはないが、施設入所者は本人より家族の意向で施設に入ることが多く、施設で看取るということに疑問を感じる。
- ・往診の先生の協力が必要。
- ・どの段階で家族、Dr. が看取り方向に進めていくのかの判断が難しい。
- ・病院での死亡は家族が納得しやすいが、施設でとなると家族の納得、理解は得られにくいのか。
- ・地域連携手帳を活用してはどうか。



グループ15

<病院から老健へ>

- ・ 処置、薬価の問題。
- ・ 家族の希望通りにいかないこともある。
- ・ 医療依存度の高い方の老健入所が難しくなっている。
- ・ 家族関係が希薄になってしまう。

独居の方→近所の方から見守りなどできないか相談がある。

病院での看取りも

通所介護 自宅という希望 利用者様からの声
家族・本人の意向に差がでてきてしまうこと。

「自宅」と「在宅」

→自宅だと思ってしまうがちである。

サービスだけでは全てをフォローできない。

- ・ がん（末期）家で夫婦で過ごしていた→麻薬の取り扱いは？
麻薬の取り扱いに免許が必要。

薬剤師からの麻薬を届ける（訪看からの連絡で）薬→家族に説明
⇒実際はまだなかなかできないことが多い。

- ・ 服薬

薬剤師の力が重要になってくる事もある。

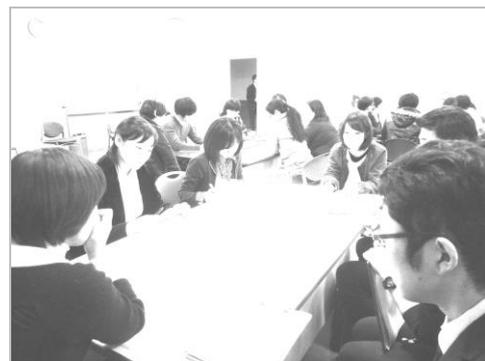
独居

ホームヘルパー 見守りがいない状況は厳しい。

本人が「ぎりぎりまで自宅で頑張りたい」という方が多い。

在宅で看取る場合、訪問者も多くなる。訪看、訪介・・・

- ・ 往診は医師による。



健康福祉課 課長より

新潟市民の平均寿命は全国平均よりも高いが、健康寿命は全国平均よりも低い。新潟市では健康寿命を延ばすことが必要とされている。そのためには要介護状態が軽度のうちから在宅サービスを積極的に利用し、リハビリや認知症に対する早期からの対応を行うことが必要である。地域の方々が在宅という住み慣れた環境で生活していくために、医療と福祉の関係者が連携をとりながら支援していく必要がある。連携をとりやすくするために、区でも支援していく。

閉会の挨拶

在宅医療・福祉ネットワークづくりは反響をいただいております、今後も年 2 回程度テーマを決めて継続していく予定である。

また、他にもネットワークを構築するために会合等を行っていく予定である。今後も大勢の方に参加していただき、ネットワークを構築していきたい。

まとめ

- 二回目の在宅医療・福祉ネットワークづくりにて、江南区内の関係機関での「顔の見える関係づくり」を行うことで、医療と福祉のネットワークを構築してきている。
- 今後も継続して行うことで医療と福祉の連携を取りやすくし、利用者の方々がより良い支援を受けながら生活していくことができると考える。