

サービス担当者会議の要点

利用者名 A 殿

施設サービス計画作成者(担当者)氏名 M

開催日 平成23年12月30日

開催場所 介護付き有料老人ホーム Nホーム Aさんの居室

開催時間 15:30～16:00

開催回数 15回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		A	Sクリニック (医師)	S	介護職員	J
家族(長男)		B	施設長	H	栄養士	O
家族(長女)		C	看護師	K	介護支援専門員	K

検討した項目
1. 本人・家族の意向 2. 身体状況の確認と今後のケアのあり方について 3. 施設サービス計画の内容について

検討内容
1. 〈本人・家族の意向〉体調が悪化した時にも、本人、家族は過度な治療、入院を希望しない。ホームで最期を迎えたい。 2. 〈医師〉現状の健康状態：栄養摂取が低下し貧血傾向にあり腎機能も悪化している。 今までの経過から積極的に治療をしても回復は難しいと思われ、ターミナル期になっていると考えられる。 〈看護師〉随時医師の指示を受けながら、ご本人が心配している痛みがないよう看護にあたっていている。健康状態の確認を行い、医師や他職種に報告をしている。腎部の発赤は改善して現在はない。 〈栄養師〉栄養摂取に関すること：食事の摂取量が減っているため、おやつを希望時に提供している。 これからも「食べられる」「食べたい」と思った時に、随時栄養補助食品や本人好みのおやつを提供する。 〈介護〉体位変換がお一人ではできないので、2時間毎にしている。その際にご主人やご家族との思い出をお話しくださるご長女がお持ちになるプリンを好んで食べている。ご家族とお過ごしの際は、大変穏やかなお顔をされている。このような時間を大切にしていきたいと思う。 3. 1、2の内容から、施設サービス計画の内容を検討した。

結論
1. ①1週間に1度の訪問診療を継続し健康状態の確認、処方、療養に関するアドバイスを行う。体調が悪化した時は、臨時の診察を行い、本人、家族の希望する治療を行う。ケアチームは日々の状態を確認し、9時と17時にミニカンファレンスを開催、健康状態を施設長、全職種で共有する。 ②ご本人の希望を尊重して無理なく食事を召し上がっていただく。1回量の摂取が少くない時は、随時、お声かけをして、好きな物を召し上がっていただく。食事・水分量・排泄状況を記録し、チーム内で共有する。 ③入院はせずにホームでの生活を継続する。体調が急変した時には主治医に報告し、診察を依頼する。 2. 1の内容を基に、第2表の一部を変更した。 ・病状が悪化した時の本人、家族の意思の確認をその都度行うこと。 2週間後

残された課題 (次の開催時期)

利用者名

A

殿

施設サービス計画作成者氏名

M

年月日	内 容	年月日	内 容
18.5.20. (土)	(入居) (入居後の経緯) 14時 長男家族 (長男 長男妻 孫2人) に付き添われ入居。 <入院> 21年3月20日～4月16日 脳血栓のため入院。 22年11月10日～12月21日 脳梗塞のため入院。 23年9月15日～10月11日 脱水のため入院。 約4週間の入院によりADLの低下が顕著。日常生活すべてに わたり全介助となる。会話は可能。表情が乏しい。 食事はブレンダー食。1回量が少ないため栄養補助剤を併用。	23.11.4. (金)	(診察) (主治医・本人・長男夫妻・長女) 介護支援専門員同席 診察の後、主治医はこれからの治療について、人工栄養についてリーフ レットを使いながら説明をし、本人の意見を聞いた。 本人：自然がいいです。年には不足はありませんから。無理をしないで ください。そのほうがいいです。 主治医：はい、わかりました。それでは無理のない治療をしましょう。
23.10.14. (金) 14:30～15:15	(主治医より病状説明) (長男夫妻) 介護支援専門員同席 診察、病状説明、その後、今後の方針について話し合いを行った。 主治医：今回、脱水のため入院、治療を行った。脱水症状は改善したが、 食欲がないのは変わらない。このままでは徐々に身体機能が低下する ことが予想される。今後、縫口からの食事で栄養が摂れない時は、人 工栄養 (胃瘻栄養法、中心静脈栄養法等) という方法があることを、 書面で説明をした。これらの治療方法があることを理解してもらい、 本人や家族の意思を確認したい。 長男：人工栄養というものがあることはわかりました。本人はもちろん 姉や弟にも相談してお返事をしたいと話された。 介護支援専門員：胃瘻造設をした場合も、ホームでケアができることを 伝えた。	23.12.26. (月)	<長男夫妻と面接> 相談内容はホームでの看取りを希望するというものであった。 本人：主人が亡くなってから子ども達の世話になって生きてきました が、そろそろ頑張りが利かなくなってきました。子ども達に迷惑を かけないよう、痛い思いをせずに、ホームで最期を迎えたいと願って います。 長男：本人が望むように、入院はせずに最後までこちらで生活を送らせ てください。食事が食べられなくなっても、延命治療は望みません。 上記の意向を受け、サービス担当者会議を開催することにした。
23.10.28. (金) 14:30～15:15	(主治医との面談) (長男・長女) 介護支援専門員同席。 主治医：退院後は食事が増えて、退院直後より良い状態である。 長男：姉弟3人で相談し、母の気持ちを第一に考え、これからの治療 をお願したいと考えている。母は「自然に」と話していたが、 それでいいのか戸惑っている。医師からも説明をしてほしい。	23.12.30. (金) 15:30～16:00	(サービス担当者会議を開催) (詳細は別紙第5表を参照) ご本人・ご家族の意向を受け、サービス担当者会議を開催する。 施設サービス計画を修正し、本人、長男に説明、同意をいただく。
23.10.28. (金) 14:30～15:15	(主治医との面談) (長男・長女) 介護支援専門員同席。 主治医：退院後は食事が増えて、退院直後より良い状態である。 長男：姉弟3人で相談し、母の気持ちを第一に考え、これからの治療 をお願したいと考えている。母は「自然に」と話していたが、 それでいいのか戸惑っている。医師からも説明をしてほしい。	23.12.30. (金) 16:30～17:00	(ケアミーティング) 会議終了後、ケアミーティングを開始した。施設長は職員にご本人、ご 家族の意向、ホーム内でケアを継続し看取りケアを行う方針でいくと話 された。看取り介護の体制を「看取り指針」で確認。医師・看護師体制 夜間の看護師体制、日々のケアに対する留意点を説明され、再度、看取り 教育を介護職員全員に早急に行うと話された。

施設介護支援経過

抜粋

利用者名 A 殿 施設サービス計画作成者氏名 M

年月日	内容	年月日	内容
24. 1. 13 (金) 15:30～16:20	(サービ担当 者会議を開催) 出席者:長男、長女、医師、施設長、看護師、介護支援専門員 主治医より脱水傾向であることを説明されるが、ご家族からは補液は行わず、ホームで生活することを希望した。	24. 2. 10 (金)	バイタルサインを測定し、自尿が12時間以上ないことを看護師より主治医に報告した。14:00 自尿あり。15:00 診察に長男、長女が同席。
	①本人生活のリズムに合わせ、無理なく生活していただく。 ②食事や水分が摂れなくても介護職員、看護師は無理強いせずにご家族から食べられる時に食べられるものを召し上がっていただく。 ③看護師はバイタルサインチェックと全身状態を確認する。 ④ご家族と過ごしていただく時間を大切にすることを確認した。	15:00～15:20	ご本人は眠っている状態。居室にはご本人が好きなジャンソソソが流れている。ご家族が交互に訪れ、思い出話をしている。診察。長男、長女同席。看護師、介護職員も同席する。医師から家族に説明がある。
	その後、主治医、施設長同席のもと、長男、長女に意思確認書、看取りに関する指針同意書、看取り介護に対する同意書、看取り介護計画書の説明を行い、同意書、計画書にサインをいただいた。		①ご家族の声や音楽は聞こえている。 ②手足が冷たくなるようであれば摩擦してあげるとよい。 ③体位変換や排泄ケアは今まで通り実施。 ④穏やかな表情であり苦痛はない。 ⑤夜間、急変があれば1時間以内に私に駆け付ける。
24. 2. 8 (水) 11:00～13:00	(意識状態の低下) 排便後、血圧が低下し、一時意識消失したため、看護師から主治医に連絡。午後、訪問診療を行うとの返事を得る。長男に連絡する。診察。長男夫妻が同席する。	24. 2. 11 (土) 7:30 8:10	説明を聞き、家族は安心した様子であった。 (永眠) 看護師がバイタルサイン測定、全身状態を確認し、主治医に報告した。診察。手足に冷感があり、呼吸数が減っている。下顎呼吸後、最後に大きく息をし、呼吸が停止。 8:20 死亡診断。
17:00～19:00	長女夫妻・次男がかけつけた。 診察。主治医は長男、長女、次男に意識状態が戻らずなくなる可能性があるかと説明した。今夜から家族が交代で付き添うことになった。		その後、ご家族と職員と一緒にエンゼルケアを行った。 ご本人は亡くなった時の衣装と家族宛の手紙を残していたことを長女からお聞きしました。
24. 2. 9 (木) 9:00	(精神的な安寧の維持) 看護師が訪室しご本人に声をかけると開眼された。長女は大変喜ばれ唇を噛らし、話しかけたり歌を歌ったりしていた。		お気に入りの衣装に着替えられ、他の入居者、職員に見送られ、長男宅にもどられた。

看取り介護についての同意書

私 A 、家族 B (続柄)長男 は、看取り介護について介護付き有料老人ホームNホームの提供する対応ならび医師の説明を受け、私どもの意向に添ったものであり下記の内容を確認し同意いたします。

記

- ① 医療機関での治療は平成24年1月13日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。
- ② 身体的な介護では安心できる声かけを行い、いつも身近に人を感じられるよう A 様の尊厳を守る援助をいたします。
- ③ 医師に相談指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、施設内でできる限りの看取り介護をします。
- ④ ご本人、ご家族の希望に添った対応を心がけます。
- ⑤ 但し、ご本人、ご家族の希望や意向に変化があった場合は、その意向や希望に従い援助させていただきます。

以上

介護付き有料老人ホーム Nホーム
施設長 H 殿

平成24年1月13日

本人 住所 東京都
 氏名 A 印

代理人 住所 東京都
(契約者) 氏名 B 印 (続柄 長男)

(その他の家族) 住所 東京都
 氏名 C 印 (続柄 長女)

説明医師 医療機関名 S クリニック
 氏名 S 印

施設立会人 職 種 介護支援専門員
 氏名 M 印

看取り介護計画書

利用者氏名: M 様

計画作成者: M

【ご本人の終末に対する意向】 皆さんに良くしていただいで満足です。これ以上のことは望みません。痛い思いをせずに最期を迎えたいと思います。		【ご家族のご利用者に対する終末の意向】 入院や延命治療をせずに、こちらで最後まで過ごさせてあげてください。家族ができることは精一杯します。	
	状況	本人・家族の意向	ケア内容(日々の関わり方)
食事 (栄養、水分、おやつ等)	食事・水分量ともに低下し必要な栄養量が摂れていません。	おいしいものを少しだけいただきたい。(本人)	ご本人の意思を尊重して、好きなものを無理なく召し上がっていただきます。食事、水分摂取量の確認を行います。
清潔 (入浴、口腔ケア、手足浴等)	入浴は週に2回。 口腔ケアは1日3回。	お風呂には入りたい。口腔ケアは1日2回でよい。毎朝、髪をとかしてください。(本人)	身体状況に応じ可能な限り入浴ケアを行います。入浴時は看護師が付き添います。入浴が中止になった時は、清拭や着替えをします。毎朝、髪をとかし、洗顔後に化粧水、乳液をつけます。
排泄	ベッド上で全介助。	今と同じで結構です。(家族)	羞恥心に配慮しながら、排泄ケア、排泄物の量、形状の確認を行います。洗浄、清拭を行い、皮膚にトラブルがないように対応します。
環境整備 (居室、設え等)	ご家族の写真が飾られ、お気に入りの家具に囲まれています。	今の状態で満足しています。(家族)	ご本人が安心して過ごせるように、お部屋の清潔や温度、湿度、採光、香りに配慮します。お好きな音楽を聴いていただきます。
体位姿勢	エアマットを使用し2時間に1回体位変換をしています。	今と同じで結構です。(家族)	エアマットを使用し、2時間ごとの体位変換を行います。ご本人が安楽な姿勢を保てるよう、クッションを使用します。
精神的かわり	覚醒時やケアの前後にお声かけをしています。スキンシップを大事にしています。	今と同じで結構です。母は満足しています。(家族)	ご本人の生活のリズムに合わせ、無理なく生活していただきます。ケアの前には必ずお声かけを行い、安心していただくよう配慮します。手を握る、足をさする等、スキンシップを大切にします。
医療	週に1回の診察のほか、体調不良時には随時相談、診察をして、ご本人ご家族の意思を尊重しています。	今と同じで結構です。必要時に診察をお願いします。痛みがある時には緩和をしてください。(家族)	介護職員、看護師が心身状態の観察、バイタルサイン測定をします。医師は週に1回、診察をし、ご本人、ご家族に報告します。緊急時には、医師、看護師に速やかに連絡がとれる体制を整えており、医師は1時間以内に診察をします。
施設での「看取り」の意向	施設での看取りを希望しています。	急変が生じても、延命のための治療、入院は希望しません。	

看取りに関しての介護計画書の説明を受け、承認致します。

平成24年1月13日 入居者 A 印 家族 B (続柄)長男 印

