

市町村職員在宅医療・介護 連携基礎研修

4. 看取り ～自宅における終末期対応～

訪問看護ステーション メディケア
管理者 ガルシア 小織

4. 看取り ～自宅における終末期対応～

■ 症例1

60代 男性

病名：膵臓がん 肝臓・骨に転移 家族構成：妻と二人暮らし、長女は他県在住
ケアマネージャーが包括支援センターより情報を受け、入院中の本人、介護者
の妻に面会する。

- 本人の意向：家に帰りたい、家に帰ってどうしたいかはわからないが帰りたい。
- 妻の気持ち：不安が強く、退院に対して戸惑っていた。

「自分は何もできない、みんな（周囲、親戚など）高齢で協力者
もいない。主人が帰りたいならそうするしかない。」



支援までの経過

<ケアマネジャーの支援経過>

- 1) 医療連携室に出向き相談、病状から在宅看取りになることも考え、退院までの日程を調整、必要なサービスの検討を行う
- 妻の不安：① 介護の仕方がわからない（食事、着替え、オムツ交換）
② 具合が悪くなったときの対応がわからない
③ 亡くなった後の経済的な問題、生命保険の問題
（実際には不動産収入があり経済的には余裕があり）
- 2) 妻の不安の軽減をはかる目的にてMSW、栄養士、病棟看護師、緩和ケア認定看護師などから退院後の生活についての指導を依頼する



しかし・・・ 妻の不安は思うほど改善されなかった。

<ケアマネジャーの支援経過>

- 3) 訪問看護へ相談依頼⇒訪問看護の訪問する頻度や時間帯、看取りになるかもしれない予測と24時間対応、訪問介護との役割分担
在宅医は必要ではないか、という提案
- 4) 退院前カンファランスの開催
カンファランスメンバー：妻、病院職員、介護事業所（訪問介護、福祉用具
介護タクシー）訪問看護
- カンファランス終了後、妻から「みなさんのちからを借りてなんとかやってみます。」という言葉が聞かれた。



退院から看取りまでの経過

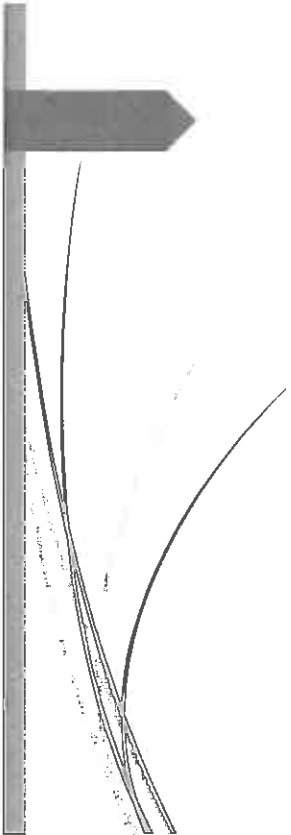
<訪問看護の支援経過>

- 1) 退院当日、病状悪化（心停止、呼吸停止）も予測された為、病院よりMSW, 緩和ケア看護師が介護タクシーに同乗。
- 2) 自宅に到着した時の本人の状況
今まで閉じていた目を大きく開眼し、あたりを見渡し安堵した表情
妻：家に連れてきてよかったんですね。
- 3) 訪問看護師と在宅医は自宅で合流。
- 4) 自宅にて看取りについてのカンファランスを開催
在宅医：きわめて状況は悪い。いつ息をひきとるか時間の問題です。



在宅医：息が止まっていたり、いつもと違う様子の時は訪問看護に連絡してください

- 5) 妻は説明を聞いても、死期が近づいていることに実感がわかない様子。
⇒受け入れられない
訪問看護師が再度、状態の説明を行うと妻は事の重大さを理解する。
- 6) 在宅での様子（在宅日数3日）
 - ・意識は朦朧としていたが痛みの訴えはない
 - ・大好きなジャズを聞いたり鼻歌し、穏やかな時間を過ごす
 - ・食事は本人の好きな果物（すりつぶし）を準備、水分は好きなものを湿らす程度に介助
- 7) 声掛けにも反応が鈍くなり、会わせたい方には連絡するように話す。
- 8) 痰が絡んでいるようだ、と妻から連絡。
- 9) 妻、娘、親戚の方々に見守られながら旅立つ。



自分の意志を支援してもらえ 高齢者の意思決定支援の難しさ

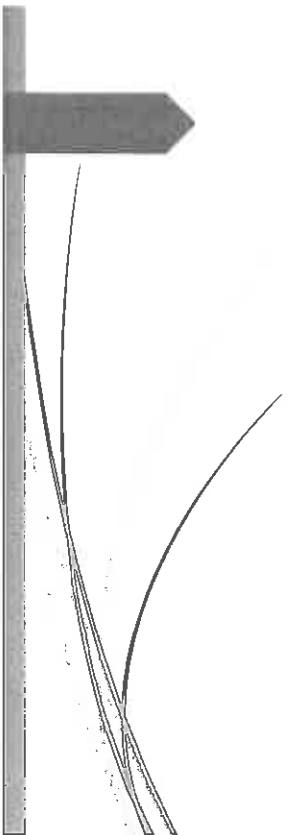
<高齢者の意思決定支援の現状>

- ①日々の暮らしの中で、意思を確認されていない
- ②医療者からの患者、家族に理解できる説明ができていない
EX) 若い人に聞いてもらおうと安心、高齢者は理解が悪い
- ③言葉でうまく表現できない・・・EX)認知症高齢者、超高齢者
- ④高齢者への偏ったみかた・・・EX)あの人は頑固だから、まったく頭が固くて困る

<高齢者の意思決定を取り巻く文化>

- ①年を重ねるほど、日常場面で意思決定を求められなくなる
- ②老いては子に従え

引用：在宅医療連携拠点事業所 チームもりおか 板垣園子



自分の意思を支援してもらえ 高齢者の意志決定支援の難しさ

- 家族が自分の意向で、あるいは家族の利害関係で判断してしまうと、
高齢者本人の意向が取り残されてしまう可能性があります。
家族の役割、「高齢者を看取る」「高齢者の代弁者となりうる」この二つ
の立場を自覚し、整理して認識できるような関わりが必要です。

引用：在宅医療連携拠点事業所 チームもりおか 板垣園子