

事例14 病診連携による グループホームでの看取り

事例の概要

Aさんは、グループホームで他の利用者や職員と楽しく家族のように暮らしていた。3か月ほど前から食欲がなくなり、「おなか重い感じがする」と訴えるようになったため受診すると、末期の胃がんと診断された。Aさんは「入院しないでグループホームにいたい」と強く希望した。グループホームを利用する前に同居していた長男は、Aさんの希望を叶えたいと思いつつも「入院すれば何かできることがあるのではないか」と迷っていた。隣県に住んでいる長女（姉）が受診に立ち会い、「何の治療も受けられないところにいるとは何事だ、早く入院させなさい」と強く弟を責めた。末期がんと診断した医師は介護支援専門員からの情報を得て、グループホームでの看取りが可能であることをAさんの子ども達に説明し、グループホームでの看取りができるように支援した結果、Aさんは望みどおりグループホームで最期のときを過ごし、半年後に永眠した。

■ 基本情報

【年齢・性別】 82歳 女性 (認知症対応型共同生活介護) に入所するまでは長男夫婦と同居、隣県に長女夫婦が居住
【疾患】 アルツハイマー型認知症、末期胃がん
【要介護度】 要介護3 **【連携にかかわった機関・職種】**
【認知症高齢者の日常生活自立度】 III ●介護支援専門員、総合病院の担当医、かかりつけ医、訪問看護師
【家族の状況】
 ●夫が10年前に死亡してからグループホーム

■ 支援経過

2013年5月	大腿骨頸部骨折の手術を受けて帰宅する。その頃から物忘れがみられるようになった。食事をしたことを忘れて、火を消し忘れてするなどの行動も現れた。さらに徐々に症状は進み、出かけた後に帰れなくなったり家族の顔がわからなくなってきたりした。
2015年8月	かかりつけ医からアルツハイマー型認知症と診断され、介護支援専門員の勧めでグループホームを利用することになる。明るい性格のAさんは他の利用者と会話を楽しんだり、趣味の園芸をしたり、職員と一緒に料理をしたりしてとても楽しそうに見え、Aさんの子ども達も「グループホームを利用してよかった」と喜んでいた。
2018年6月	Aさんが「おなか重い感じ」を訴え、総合病院を受診したところ、末期の胃がんと診断され、人生の最終段階が近づいていることを説明された。Aさんはグループホームで暮らし続けることを強く望んだ。 長男はAさんの希望を叶えたいと思いつつも「入院すれば何かできることがあるのではないか」と迷っていた。隣県に住んでいる長女（姉）が受診に立ち会い、「何の治療も受けられないところにいるとは何事だ、早く入院させなさい」と強く弟を責めた。 総合病院の医師は、介護支援専門員からAさんを取り巻く状況を聞いた上で、かかりつけ医と協力し、グループホームでの看取りを支援することとなる。 具体的には、次のような支援が行われた。 ・総合病院の医師は、Aさんが終末期を過ごす場所について意見の異なる子ども達に対し、グループホームでの看取りの実現可能性について説明し、理解を得た。 ・総合病院の医師は、かかりつけ医にAさんに関する情報を提供し、訪問診療と訪問看護の利用を提案し、今後の病状変化とその対応について協議した。

2018年6月	・訪問看護師からは、末期がんのケアができるかどうか不安を示すグループホームの介護職員に対し、Aさんの病状や日常生活における観察やケア方法、急変時の対応や連絡方法を説明した。
2018年7月	かかりつけ医の訪問診療と週1回の訪問看護が開始された。
2018年11月	食事ができず終日うとうとと眠るようになった。最期の時が近いとのかかりつけ医の判断から、訪問看護師が毎日訪問することとなった。
2018年12月	グループホームで永眠する。家族にとっても満足のいく看取りであった。

■ 医療と介護の連携のポイント

- グループホームでのAさんに関する情報を介護支援専門員が総合病院の医師に的確に説明し、それを受けた総合病院の医師が家族にグループホームでの看取りの実現可能性について説明できたこと。
- 総合病院からかかりつけ医に迅速な情報提供が行われたこと（病診連携）。
- 訪問看護師がグループホームの介護職員にAさんの病状を説明し、日常生活における観察やケア方法、急変時の対応や連絡方法を説明することで、介護職員も安心して看取りケアを行うことができたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 「本人が望む場所での看取りの実現」という意味だけでなく、「認知症をもつ人が安心して最期を迎える場所」という意味で、住み慣れたグループホームは「よく生きて、よく生き切る」一つの選択肢である。
- 2 グループホームは生活施設であるために看護師は常駐しないことがほとんどであるため、末期がんという医療依存度が高い利用者を医療環境のない施設で看取るための体制づくりが必要である。
- 3 グループホームは医療を提供するための施設ではないことから、今後の対応について長男と長女で意見が異なっていたが、総合病院の医師がグループホームでの看取りの実現可能性について説明する役割を担った。
- 4 グループホームでの看取りを可能にするには、医療職と介護職が具体的な行動レベルでの連携が必要である。

事例16 医療、看護、介護、インフォーマルな支援の輪で実現した単身者の「生きおさめ」への支援

事例の概要

Aさんは、7年前に妻を亡くして以降、1人暮らしをしている。2人の息子は遠方で生活している。俳句を趣味とし、地域の句会に参加するなど、仲間との交流は充実していた。また、自分で作った無農薬野菜を近所に届けるなどして、近隣の人たちとの交流もあった。

検査目的で入院した総合病院で、肺がんと診断され、骨転移もしていた。放射線治療の提案はあったが、Aさんは延命治療を望まず、痛みの改善等ができれば、最期まで自宅で療養することを希望した。ホスピスか介護施設での療養生活を希望する家族の不安に理解を示しながらも、自分らしい人生の「生きおさめ」を望むAさんの思いを尊重し、フォーマル、インフォーマルな支援の輪をつくり、自宅での看取りを実践した事例である。

■ 基本情報

【年齢・性別】 68歳 男性

【疾患】 進行性肺がん、骨転移

【家族の状況】

- 妻は7年前に死亡
- 長男と次男は県外在住、関係は悪くないが妻の死亡後は疎遠

【要介護度】 要介護3

【生活歴】

- 退職後は、妻と一緒に俳句を始め、近所の公民館で開催される句会に参加していた。
- 自宅の庭で無農薬野菜を作り、妻の3回忌を過ぎた頃から、近所に野菜を届けることに喜びを感じるようになっていた。

●季節ごとに俳句仲間や隣人と会食をする楽しみもあった。

●検査目的で入院していた総合病院で進行性肺がん、骨転移と診断

【Aさんの意向】

●延命治療を望まず、早期の退院ののち、最期まで自宅での療養生活を希望する。

【連携にかかわった機関・職種】

●病院緩和ケアチーム、在宅緩和ケア充実診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー（MSW）、俳句仲間、近隣

■ 支援経過

2018年8月	検査のため入院していた総合病院で進行性肺がん、骨転移と診断される。Aさんは、延命治療を望まず、早期の退院後は最期まで自宅での療養生活を希望する。院内の緩和ケアチームによるカンファレンスの開催をMSWが要請した。退院後の在宅支援チームの配慮すべきこと、在宅での療養が困難になった際には、病院の緩和ケアチームで支援すること、がん患者支援の経験もある介護支援専門員に要介護認定申請代行を依頼することなどが確認された。
2018年9月	上旬 MSWは、在宅緩和ケア充実診療所を介護支援専門員と一緒に訪問し、医師に単身者であるが、可能な限り在宅での看取りを希望していること、在宅療養が困難だと判断された時には、病院で受け入れが可能であることを伝える。医師より、連携が可能な訪問看護ステーションが紹介された。下旬 退院となる。退院翌日、サービス担当者会議が自宅にて開催される。在宅緩和ケア充実診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、MSW、長男と次男が参加する。

2018年9月	<ul style="list-style-type: none"> ●Aさん：家族に負担をかけないように、自宅で最期の時間を過ごしたいこと、可能であれば俳句仲間や近隣の人たちと交流したいとの意向を表明 ●長男と次男：緊急の時はできるだけ、どちらかが帰省すること、毎日誰かが電話で様子を確認 ●在宅緩和ケア充実診療所医師：緊急時や夜間、休日、深夜を問わない往診による疼痛や症状の緩和 ●訪問看護師：訪問や電話での病状管理・体調管理 ●訪問介護職員：家事支援と排泄介助 ●今後、身体状況や症状の変化が想定されるため、臨機応変な支援が必要になることを共有 <p>その後、MSWは、介護支援専門員とともに、俳句仲間と近隣の人たちに声かけをして、公的サービスを利用しない日に可能な限りの訪問を依頼する。</p>
2018年10月	<p>頻回にAさん宅で句会が開かれ、ベッド上のAさんは笑顔で、仲間の俳句に聞き入っていた。MSWは可能な限り句会の場に同席した。近隣の人たちは、小食になっていたAさんの口に合うものを届けたりして、様子を伺った。</p> <p>下旬 終日ベッド上での生活が多くなったため、看護や介護の見直しを行うため、介護支援専門員の呼びかけで医師の往診時に合わせて、Aさん宅でサービス担当者会議を開催する。訪問看護師、訪問介護職員、親しい俳句仲間、MSWが参加した。医療的な対応や排泄介護の回数を増やすこととした。夜間等の急変への対応が課題となった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Aさん：「枕もとの携帯電話で連絡するし、自分で望んだことなので、覚悟はしているので、このままここで過ごさせてほしい」との訴え ●介護支援専門員：長男への状況報告時に、「そろそろ限界だとすれば、入院を検討すべきだろうか」との思いを伝えられたことを報告 ●MSW：Aさんの思いを再度伝えるため、長男に連絡
2018年11月	<p>長男は、家族以外の人たちの支援に感謝し、「家族として悔いのない務めを果たしたい」、「知らなかった父親の生きざまにふれたい」との思いから、介護休暇を取って帰省した。</p> <p>下旬 臨終が近いことを判断した診療所の医師の勧めで、他の家族も帰省し、最期を一緒に過ごすことができた。</p> <p>Aさんは息子たちに、「ここで死ぬことを選んでくれてありがとう。自分の人生は多くの人に支えられてきたことを改めて知ることができて良かった。悔いのない人生だったよ。お母さんに伝えるよ。」と告げ、永眠した。</p> <p>永眠後の朝、関係者が集まり、家族がAさんのダイニングメッセージを伝えたと、句会の仲間や近隣の人たちは、大切な時間を一緒に過ごすことができたので、別れの言葉は必要なかったと言い、自分たちもこんな最期でありたいと支援者に話した。</p> <p>MSWや支援者は、単身者の「生きおさめ」の支援が、かけがえのない人生の幕引きを支える崇高な意味をもっていることを共有した。</p>

■ 医療と介護の連携のポイント

- MSWは、在宅療養に必要な支援者を的確に見極め、支援チームを構成したこと。
- さらに、介護支援専門員とともに、単にAさんの医療サービスの調整をするだけでなく、療養生活の質を考慮し、家族や句会の仲間も支援者チームとして位置づけ、入院時から退院、そして臨終に至るまで一貫してAさんの人生に関わることができたこと。
- 在宅での療養の場合、介護支援専門員は本人の状況を集約する立場にあり、特に医療者との信

頼関係を厚くし、状況の変化に応じてサービス担当者会議への参加要請を依頼し、状況の変化に対応した支援の見直しを図ったこと。

- 支援チームとして、Aさんの「延命治療を望まず、早期の退院ののち、最期まで自宅での療養生活を希望する。」という自己決定支援をゆるがない共通目標とし、それぞれの支援者は自らの役割を遂行したこと。

ワンポイント解説

- 1 末期がん患者の看取りは、様々な症状の出現や急激な変化があるため、支援者が適切な状況判断（いつもと様子が違う、本人の訴えを傾聴するなど）を行って、早急に医師や訪問看護師に情報提供することが重要である。
- 2 看取りの支援にあたっては、その人の「生きおさめ」を支援するという意識、生命の尊厳と価値ある人生への敬意をもって、その人の人生の最期に向き合う仕事であることを共通認識し、行動レベルで関わっていくことが重要である。
- 3 単身者の「生きおさめ」の支援の場合、フォーマル、インフォーマルとも、どれだけの支援環境が整えられるにかかっているため、特に在宅での看取りは困難な場合が多い。今後、支援制度の整備や社会資源の開拓が求められる。
- 4 末期がん患者の看取りの場合、在宅での緩和ケアが可能な医師や訪問看護師が地域に少ないことや、病院のMSWとして在宅支援にどこまでかかわることが可能か、病院の理解や協力を得ることが困難な場合があることが課題である。

事例17 MCSを活用した、 その人らしい看取りの支援

事例の概要

Aさんは、2年前からは、末期膵臓がん及び糖尿病の内服・体調管理のため、訪問看護を利用し、メディカル・ケア・ステーション（MCS）導入していた。自宅で転倒し、大腿部頸部骨折のため入院となるが、高齢のため、保存的治療のみであった。転院が決まっていたある日、孫から家に帰りたいというAさんの希望があるとの情報提供があり、再び在宅療養が始まる。MCSで医療と介護間の日々の情報を共有することにより、Aさんらしい日常生活が戻った。予後は、1か月程度と言われていたが、5か月後に永眠した。Aさんらしい生活を支えたことが、自然治癒力を高め、穏やかな看取りへつながった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 94歳 女性

【要介護度】 入院前 要介護4
退院直後 要介護5

【性格・体格・嗜好】

- おおらかで誰に対しても対等、気風のいい性格
- 日中はテレビを見て過ごす。アイスクリームやカフェオレなど甘いものが好き

【病歴】

- 末期のすい臓がんであるが、痛みなどの自覚症状はない。
- 糖尿病で内服中
- 2018年1月、転倒による左大腿部頸部骨折で入院する。大腿部の痛み軽減のための麻薬を使用していたため、傾眠傾向であった。入院中に踵部、膝下、仙骨部に褥瘡、軽度認知障害を発症する。
- 2018年3月、退院となる。この時点で余命は1か月と診断される。

【退院時の状況】

- 誰もが在宅療養は難しいと考え、転院先が決まっていた。
- 孫娘が、病院の見舞い中に、Aさんの「家で過ごしたい」という希望を聞く。孫娘は、その言葉こそ、祖母らしいと感じ、介護支援専門員に相談する。転院を取りやめ、自宅で療養することとなる。

● 退院前カンファレンスの各職種の意見

訪問介護職員：在宅での生活が続けられるようにしたいが、点滴、褥瘡などの医療的処置もあり、看取りの経験もないので、今後の関わり方がわからないので不安、転院がよいのではないかと。主治医：MCSでの連携により、Aさんの状況を把握できるため、チームで関われば在宅での看取りは可能である。訪問看護師：家で最期まで過ごすという希望をかなえたい。チームで関われば1人暮らしでも在宅看取りは可能である。

【退院直後のADL】

- 食事 経口摂取少量(好きなものを好きなだけ)
- 排泄 おむつ使用(排尿ない場合は導尿)
- 移動 ベッド上 自力体位変換可能

【退院後のサービス】

- 訪問介護職員は日に3回、訪問看護は日に2回、往診は週に1回とした。

【連携にかかわった機関・職種】

- 主治医、病院看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、栄養士、訪問介護職員

■ 支援経過

2018年3月	退院後は、軽度認知障害や傾眠傾向があり、家に帰ってきたこともよくわからない様子であった。MCSを再開する。訪問介護職員の書き込みにより、Aさんの日常の様子をメンバーで共有する。主治医や訪問看護師の書き込みにより、訪問介護職員は病状の変化がないことを確認する。退院後しばらくは、孫娘は「自分は側にずっとついていないという申し訳なさがある、祖母にとって、この選択がよかったのか」悩み、介護支援専門員に話しては、涙を流していた。介護支援専門員も、孫娘の話を聞きながら、本当にこれでよかったのかゆらいでいた。
2018年4月	退院から2週間後、孫娘の見舞い中、Aさんの意識が鮮明となり、家に帰ってきたことが理解できる。孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いが、介護支援専門員を通じて、多職種チームで共有され、チームとしての結束が強まった。Aさんは、テレビを見ながら、好きなアイスクリームを食べ、カフェオレを飲んだり、訪問介護職員と2～3年前のことなどの思い出話をしたりして過ごす。
2018年7月	全身浮腫、新たな褥瘡、疼痛が出現しはじめる。徐々に状態の変化が見られるが、MCSで情報共有しながら、訪問介護職員は今までと変わらない支援を続け、日常生活を支える。
2018年8月	看取りの時期が近づいてきていることがチーム内で共有され、訪問介護職員の介護により、今までの日常と変わらない時間を過ごす。朝、ごみ出しのために訪問した訪問介護職員が永眠しているのを発見する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 退院前カンファレンスでは、訪問介護職員の不安が表明されつつも、医師の在宅療養が可能であるとの意見でまとめ、「家で過ごしたい」という本人の希望を支えるという目標を明確にしたこと。
- 退院から2週間後、Aさんの意識が鮮明となり、孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いが、支援チームの結束を強固にしたこと。
- MCSの活用により、リアルタイムで情報共有ができたこと。
- 末期がんであっても、Aさんらしさを大切にするという支援方針を支援者全員が共有していたこと。このことが、特に訪問介護職員の看取りへの支援の動機付けにもなっていること。

ワンポイント解説

- 1 終末期は、日々状況が変化し、その変化に対応した支援が求められるために、MCSが有効に機能した事例である。
- 2 この看取りチームにおいては、「その人らしい」最期の生活を支援するという方針があり、Aさんは糖尿病であるが、甘いものが好きであったため、好きなアイスクリームを食べ、カフェオレを飲んだりという日常を確保できるような支援が可能となった。
- 3 孫娘も在宅療養でよかったのかと悩み、また介護支援専門員もその思いに共感しつつ、ゆらいでいる。支援者は、看取りに限らず、このような家族の悩みや迷いも想定しながら、支援チーム全体で共感し、ともに悩むことも重要である。
- 4 この看取りチームの結束を強固にしたのは、孫娘の「家に連れて帰ってきてよかった」という思いであった。支援者は、常に利用者本人や家族の思いに共感し、お互いに支えられているという態度を持つことが重要である。

※用語解説

メディカル・ケア・ステーション（MCS）

SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）などの技術を駆使して開発された「完全非公開型」のソーシャル医療連携プラットフォームのこと。利用者の情報や、自分以外の多職種メンバーのやりとりも見るができる。リアルタイムで書き込みが可能であり、連絡ノートやカルテ等、メンバー間で共有したいものは、写真にとってアップすることも可能である。家族も利用することができる。

事例18 デスカンファレンスを通じた 多職種連携の再確認

事例の概要

Aさんは、大腸がん末期で入院中に余命1か月と医師から告げられ退院した。急遽、自宅での療養がはじまったAさんに対して、介護支援専門員、医師、訪問看護師、訪問介護職員が関わった。自宅に戻ってから、11日目に永眠となるが、その間、訪問看護師が多職種との情報共有を行った。2か月後、デスカンファレンスが開かれ、Aさんの夫や多職種の思いを共有した。そのことは、チームが連携し、切れ目のないサービスでAさんを支えていたことを再確認する場となった。

■ 基本情報

【年齢・性別】 79歳 女性

【家族の状況】

- 夫と2人暮らし
- 夫は、腰痛がある。
- 長女夫婦が県外に在住

【要介護度】 要介護4

【病歴】

- 大腸がんが見つかり、通院加療となり、徐々に歩行ができなくなり入院となり、ほぼ寝たきり状態となる。
- 入院時に、余命は1か月と告知を受けた。
- 経口摂取は可能であった。

【退院前カンファレンス】

- 出席者：夫、病院の主治医、病棟師長、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護職員、かかりつけ医
- Aさんの「自宅で過ごしたい」という意思を出席者で尊重し、1週間後に退院となる。
- 自宅療養のためのサービス
訪問介護：日に3回

訪問診療：毎日

訪問看護：週に2回

【死亡後2か月後のデスカンファレンス】

- 出席者：かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護職員、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー（MSW）
- 関係職種がどのような思いで関わっていたかを発表する。
- 夫の思いを聞くことにより、病状変化にともなって、切れ目のないサービスがAさんを支えていたことが再確認できた。
- 訪問看護師は、関係職種からの連絡・相談により、連携していることの実感があつたが、訪問介護職員にとっては、多職種連携ができていたと実感する機会となった。各専門職がそれぞれの役割を果たすことと、支援のネットワークの大切さが確認できた。

【連携にかかわった職種】

- 夫、かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護職員、介護支援専門員、MSW

■ 支援経過

10月3日	夫は、自宅での生活が可能だろうか悩んでいたが、退院前カンファレンスで、Aさんの自宅に帰りたいという意思を確認し、自宅療養とすることを決定する。
10月10日	自宅療養開始する。 Aさんは、自宅に帰ってきたことを喜び、夫もその様子を見て安心する。 多職種の情報共有には、連絡ノートを使用する。 関係職種は、訪問時に連絡ノートを確認する。連絡ノートは、Aさんのそばにおいてあり、家族も見ることができ、また夫も妻の様子を記述するようにした。医師の訪問診療後は、診療内容について訪問看護師へ電話連絡がある。

10月13日	かかりつけ医より夫と長女夫婦に対して、病状説明がある。
10月15日	経口摂取が難しくなる。
10月16日	訪問介護職員が夫とも相談し、Aさんは好きなお酒をスポンジで飲む。目を大きく見開いて、喜ばれたことを連絡ノートで共有する。連絡ノートは、訪問した職員が「これから紅葉がきれいになりますね」など、日常の風景等も記載する。
10月17日	訪問入浴サービスによる入浴。Aさんから入浴したいとはっきりと意思表示があり、負担のない入浴方法を実施する。Aさん、とても喜ばれる。
10月18日	呼吸困難が増強し、酸素療法が開始となり、傾眠傾向になる。 訪問介護職員の支援時、喘鳴や痰貯留音の聴取など状態の変化があり、訪問介護職員が訪問看護師に電話連絡する。その際、「看護師に報告しておきます」などの声掛けをし、夫の不安を軽減するように配慮した。 訪問介護職員は、Aさんの状態について訪問看護師に訪問の度に電話連絡をした。必要時、訪問看護師からかかりつけ医へ連絡をする。
10月20日	8時 訪問介護職員（定時訪問）によるおむつ交換時声掛けに対して開眼していたが、その後血圧が低下したため、訪問看護師へ連絡する。 11時（定時訪問） 訪問介護職員の声掛けに対して、閉眼したままの返答はあるが、血圧は朝よりさらに低下する。訪問介護職員より訪問看護師へ連絡し、訪問看護師が臨時訪問する。状態の変化をかかりつけ医へ連絡する。 17時（定時訪問） 訪問介護職員の声掛けに対して返答はなく、血圧はさらに低下し、喘鳴がみられた。訪問介護職員より訪問看護師に連絡し、訪問看護師が臨時訪問する。脈拍は触知できず、かかりつけ医へ報告する。夫と県外から駆けつけた長女夫婦も家族は最期の時期が近付いていることを理解し、残りの時間を家族で過ごすことを希望する。 20時 家族見守りのなか、穏やかに永眠する。
12月20日	デスカンファレンスを開催

■ 医療と介護の連携のポイント

- 「家で過ごしたい」というAさんの意思を尊重し、退院前カンファレンスで共有したこと。
- 自宅療養の開始とともに、時間単位で変化するAさんの状況を訪問看護師と訪問介護職員が連絡を取りあい、訪問看護師から必要に応じて医師に情報提供したこと。
- 医師からも、訪問看護師に電話により診療内容を連絡したこと。
- 連絡ノートを通して、それぞれ関わった専門職や家族の思いを共有する工夫をしたこと。
- デスカンファレンスを設定し、それぞれの支援のリフレクションを行い、看取りをチームで行うことの重要性を確認できたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 臨終までのその日その日の支援者の克明な連携の動き方を示した事例である。
- 2 訪問看護師は看取り支援のキーパーソンとなり、関係職種からの連絡・相談により、連携していることの実感があつた。一方、訪問介護職員は、自分の役割を果たすことに精一杯で、連携を実感するまでには至っていなかったのかもしれない。そのためにも、デスカンファレンスを開催して、それぞれの専門職の思ったことや具体的な動きを再確認し、リフレクションする機会が必要となる。
- 3 デスカンファレンスでは、支援者の思いと利用者の思いに齟齬がなかったかの確認が可能となる。本事例では、Aさんの病状変化にともなって、切れ目のないサービスがAさんを支えていたことが確認できたと思われる。看取りの支援においては、病院から在宅へという垂直統合、そして在宅の療養を多職種で支援する水平統合の重要性が端的に表れている。

事例19 家族の「自宅で看取りたい」という意思を尊重した、訪問介護と医療のかかわり方

事例の概要

Aさんは、入浴介助を目的として、訪問介護の利用を開始した。開始当初は、認知症の症状も著明ではなかったが、身体状況・精神状態の変化にともない、介護保険の更新ごとに介護度が重度化していった。それにあわせて、福祉用具、通所介護、訪問看護が追加され、主治医の変更を経て、各サービスの目的やサービス内容について随時変更を重ねた。

主たる介護者が次男の妻ということもあり、家族の意向の聞き取りや助言も決して簡単とは言えなかったが、先を考えて行動する介護支援専門員と現状を随時報告し合う各事業所、現場の意見に耳を傾けてくれる医師との連携が活かされ、地域包括ケアを実現する看取り支援であった。

■ 基本的情報

- 【年齢・性別】 98歳 女性
- 【疾患】 高血圧症 糖尿病 皮膚がん 認知症
- 【要介護度】 要介護2 (2013年)
要介護3 (2015年)
要介護4 (2016年)
要介護5 (2017年)
- 【家族の状況】
 - 長男家族は同市に住み家業を継ぎ、次男家族は隣家に住み、自営業を営んでいる。

- 主な介護者は次男の妻
- 2012年、夜間の妄想や作話、保清の意識欠如などが続き、認知症の診断を受け、介護認定を申請する。
- 【連携にかかわった職種】
 - 主治医、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護職員、通所介護の職員

■ 支援経過

2013年	排泄は布パンツに軽失禁パット着用、腹圧性尿失禁があり、パットを交換する目安が判断できない。日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを使用する。入浴は立ち上がりや歩行に介助を要する。
2015年	離床にも介助を要し、手すりを把持して十数秒程度の立位保持が可能であった。意思疎通ができると判断した日には、ポータブルトイレへ移乗する際の協力動作がある。幻覚や妄想が出現し始め、介護への抵抗も少しであるが見られるようになり、サービスに時間を要するようになる。
2016年	介助量の増加にともない、サービス担当者会議で家族の意向を確認する。「自宅で過ごさせたい、そのためにできることはします」とのことで、訪問介護は時間を超過した場合に、介護保険外の自費サービスの契約を行う。
2017年2月	皮膚がんの凍結療法を年に1度総合病院で行っていたが、これ以上は手術をした方がよいとの担当医の話があり、家族の判断で通院を終了する。凍結療法を行わなくなると進行も早かった。活動量の低下から、足部、仙骨部には褥瘡が出現し、訪問看護を追加利用する。痛みからか、関係者すべてに介護への抵抗・拒否が見られた。日中はほとんど傾眠状態である。病院への通院も困難であることと緊急時の対応ができるとのことで、主治医を近隣の診療所の医師に変更する。
2017年6月	褥瘡処置のために訪問看護を利用する。

2017年7月	主治医が自宅への往診を開始する。連携ノートを通じて、訪問看護師と訪問介護職員とで情報を共有するようになる。
2017年12月	介護への抵抗が激しくなったため、訪問看護の処置の時間帯に訪問介護職員を追加利用する(保険外)。
2018年2月	訪問介護職員から食事量や飲水量の低下を訪問看護師に報告し、訪問看護から、医師に状況報告する。医師から、高栄養飲料の処方があり、訪問介護職員の飲料摂取の介助が追加利用となる。
2018年5月	Aさんの状態は悪化し、看取りについての説明を介護支援専門員、訪問看護師から家族へ説明を行う。血圧低下、口からの水分摂取困難、服薬不可能の状況を訪問看護師から主治医に報告し、主治医が往診する。家族の意向を確認したうえで、処置は行わないことになる。
2018年6月1日	痛みへの反応もほとんどない。
2018年6月2日	訪問介護職員の訪問時に、皮膚からの大量出血がある。訪問看護師が緊急訪問する。
2018年6月3日	状態が安定しないため、訪問看護師の判断で通所介護の利用を中止する。
2018年6月5日	介護支援専門員から、今後の計画の見直ししたいとの要請があり、サービス担当者会議を開催する。急変時は訪問介護職員も主治医に連絡し、主治医に搬送することで家族の同意を得る。主治医にも報告し、了解を得る。
2018年6月8日	明朝に息が浅いことを次男の妻が確認し、主治医に連絡する。主治医が到着した時には、心肺停止状態であった。孫を含む家族全員に看取られ、永眠する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- Aさんの状況を常に訪問看護師との信頼関係をもとに、直接訪問看護師に連絡・報告をしたこと。
- 医師への連絡は、急変時を除き、医療的なアセスメントができる訪問看護師を通じて行ったこと。
- 訪問介護職員が、支援の当初から綿密な記録をとり、訪問看護師や介護支援専門員とも十分にその内容を共有できたこと。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

ワンポイント解説

- 1 看取り支援における訪問介護職員の役割が明確であり、また利用者 と接する機会が多いことで、より深くAさんの普段の様子を把握し、他の職種に的確に伝達されている事例と推測される。連携ノートの重要性はあるものの、情報伝達の方法は、その重要度や緊急度に応じて取捨選択されるべきであろう。
- 2 訪問介護職員には、単に介助行為を行うことだけでなく、家族や本人と接する時間が長いことを踏まえて、利用者や家族の意向を聞き、その中に含まれている家族の葛藤などや家族の介護負担を見極め、それらを他の職種にも的確に伝える能力が求められる。
- 3 本編には記載されていないが、直接現場に居なくても、Aさんの状況把握を常時心がけ、訪問時に戸惑いや不安がないように問題点を解決し、他職種とも連携を取って看取り支援に臨んでいる訪問介護職員の支援の様子がうかがえた。

