

住み慣れた地域で、 その人らしく生きるために

～在宅看取りとグリーフケアを通して～

健生訪問看護ステーションたまち ちとせ支所
奈良岡 由佳

津軽地域ケアネットワーク交流会

利益相反（COI）開示

筆頭演者名：奈良岡由佳

筆頭演者に、
開示すべきCOIはありません。

倫理的配慮

- ご家族様へ研究発表の目的、知り得た情報は本研究以外では使用しないこと、プライバシーの保護を厳守することを口頭で説明し同意を得た。本人の写真は顔を隠さずを使用して欲しいと家族より要望がある。

- 健生病院倫理委員会に相談、了承を得る。

当訪問看護ステーションの紹介

健生訪問看護ステーションたまち ちとせ支所

スタッフ：看護師9名、事務1名

在宅看取り数：H27年度 16人

H28年度 15人

H29年度 23人

H30年度 28人





最期を迎えたい場所はどこですか？

「自宅」 54.6%

「医療施設」 27.7%

内閣府：高齢者の健康に関する意識調査、2015年より

実際は・・・

7割以上の方が医療施設で最期を迎えている

事例

- ・ 80歳代女性 膵頭部癌終末期
- ・ 長男、孫の3人暮らし。
介護のために遠方に住む長女が介護のために帰郷。
長女は元看護師。

【病歴】

〈A病院退院9か月前〉

診断、胆管ステント留置、化学療法を開始

〈退院3か月前〉

十二指腸への腫瘍浸潤、狭窄あり

化学療法中止

CVポート留置、高カロリー輸液が開始

嘔気・嘔吐時は経鼻胃管を挿入し減圧にて対処

経過

【入院中】

- ・ 主治医「癌が十二指腸を圧迫しているため食べ物が食べれない」
⇒本人「いずれ良くなったら食べられる」と思っていた
主治医「病状が進行していても食べることができない」
⇒本人、理解し落胆する。
- ・ 絶飲食となるが本人からは飲水や食事の強い希望あり。
- ・ 「どうせ治らないなら病院にいるより、少しでも家で過ごしたい」と
退院を希望。家族も在宅看取り方向で退院を希望される。
- ・ 退院時調整会議中に家族からは「何かを食べさせてあげることができないか。」と発言あり。再度主治医より終末期であること、
経口摂取は難しいと説明され自宅へ退院する。

退院時の状態

- ・CVポートからIVHを実施
- ・経鼻胃管を24時間持続留置（通過障害による嘔吐のため）
- ・絶食、少量の飲水可
- ・屋内つかまり歩行

本人の願い. . .

- ①何か食べたい
- ②毎日畑に行きたい
- ③自宅の風呂に入りたい

- ・訪問看護スタッフと訪問診療主治医、ケアマネジャー、本人、家族間でカンファレンスを実施

①何か食べたい

「食べる方法はないか」を検討

- 1) 嘔吐が辛いいため胃管を24時間挿入、減圧はこれまで通り継続する
- 2) 胃管が詰まらない形態の物を少量ずつ摂取する
* 摂食回復支援食「あい〜と」の提案
- 3) もし胃管が詰まった際には、訪問診療または訪問看護にて対応する

摂食回復支援食「あい〜と」とは、

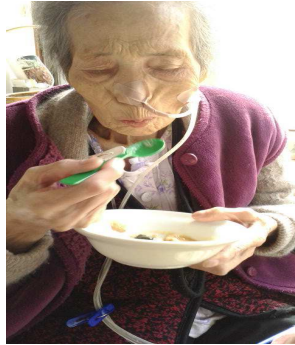
- ・通常の食事を摂ることが難しい方の、「食べる機能」と「栄養摂取」を支援するための食事



「あい〜と」公式ホームページより

訪問看護時に実食

「2か月ぶりだ。」と涙を流して食べました。
メニューはサバの味噌煮です。



②毎日畑に行きたい ③自宅の風呂に入りたい

- 1) 点滴は夜間のみ実施する
- 2) 訪問看護で連日訪問し、長女へ点滴開始、ロックの手技を指導する
- 3) 訪問看護と訪問診療にて痛みのコントロールをする
- 4) 自宅の風呂に入れなくなった時は訪問入浴を利用する

ケアマネジャーと家族の連携

- ・ほぼ毎日家族と連絡を取り、必要時は自宅へ訪問する。
- ・訪問看護の情報と家族の情報から必要な介護サービスを変更する。

例) ・土曜日に自宅訪問し、休日の関係機関に連絡し
すぐにエアーマットを変更
・訪問入浴日を追加で設定

グリーンケアのため自宅へ訪問

「病院で先生にもう治療が出来ないと言われて在宅取りをしようと思って連れて帰ってきたけど、本当にもう治療法はないかなど調べて続けていた。先生に質問するには自分も知識がないと何も質問できないじゃない？父も在宅取りをしていたので経過は知っていたけど、心細さはあった。でも、毎日のように訪問看護師やケアマネから連絡があってすぐに相談できたので心強かった。」

「在宅取り自体に後悔はない。入院中に本人がやりたいと言っていたことすべてを在宅で叶えてあげられたから」

考察

終末期は日々病状が変化し、それを見守る家族の意向も変化していく。

「ターミナル期の患者と家族とのかかわりあいは、死にゆく患者自身にとっても、死別後の家族のQOLや悲嘆のプロセスにおいても重要であり、ターミナル期の患者を含む家族全体を支える専門的な看護が必要である。」*

↓

訪問看護、訪問診療・・・医療的視点

ケアマネジャー・・・生活的視点

お互いに顔が見え、迅速な連携が安心感や信頼関係の構築、一番必要なサービスの提供につながった

考察

「限られた時間であったとしても、できる限り本人らしい当たり前の生活を送ることが、人間として尊厳のある生き方といえる。」*

↓

個々の生活スタイル、本人や家族が何を大事にしているのかを情報収集し援助することが大事

結論

1.在宅看取りを支えるためには、日々変化していく病状や患者、家族のニーズを把握し多職種で連携し迅速に対応していく必要がある。

2.終末期の状態であっても患者のQOLを最大限に保ち、その人にとっての望む死を迎えられるように近くで見守る家族と患者の思いに寄り添い援助していくことが重要である。

引用文献

1.櫻井しのぶ編：改訂版 家族看護学 P231 株式会社PILAR PRESS、2017

2.宮崎和加子、竹森志穂、伊藤智恵子、樋川牧著：在宅・施設での看取りケア P22 日本看護協会出版、2016