

日時：2015年3月6日(金) 18:30~20:00 晴  
場所：ちどりビル2F 参加者：46名

今回は、在宅にて看取りとなったある患者さんについて、入院(病棟) 訪問看護など、それぞれの立場・視点から症例報告してもらいました。本人や家族のその時々意志・希望も報告され、その時の病状といった背景と多職種の間わり方や、自宅で最期を向かえるという意志の変化がよく分かる振り返りとなりました。独居でがん末期といった自宅へ退院することが困難に思える患者さんへの、必要な支援や連携について具体的な報告を受け、困難事例の在宅復帰に対する方法を学び、展望を開くことができました。

## 症例 76歳独居、女性

----千鳥橋病院西5病棟 吉本和代 師長代行----

腹部膨満・食事摂取不良・呼吸苦などの症状があり入院された。肝細胞癌、門脈内腫瘍閉塞、腹水貯留と診断された。家に帰り以前のように生活したい、愛犬に会いたいという思いが強く自宅退院へ向けてカンファレンスを開催し。在宅酸素導入、福祉用具、訪問看護、往診を利用することで退院方針となった。

----千鳥橋病院退院調整担当 松永慶子 主任----

退院相談時は余命3~6カ月(告知未)で、介護保険無しの状態だった。家族は長女が近所に住んでおり、家族が援助するので本人の思う様にしてあげたいと話された。入院前から往診管理のため、往診と訪問看護(がん末期のため医療保険)にて医療管理することとした。独居のため介護保険利用の必要性を検討、セラピストと家屋調査を行った。家事は家族が援助するが、福祉用具が必要なため早急に申請することとした。認定が退院に間に合わないため、ケアマネ・地域包括支援センターと両者へ相談し暫定プランでの対応とした。退院時は在宅での看取りまでは考えていなかった。

----福岡医療団介護支援センター 下坂美代子 所長代行----

依頼時は車椅子介助、入浴介助(一部~全介助) ポータブルトイレ(自立)が必要な状態で、食事摂取少量だが自立していた。依頼から退院(担当者会議)まで約1週間と短期間でのプラン作成だった。介護で保険はポジションバレーレンタル、訪問リハを利用。退院後日、要介護2が通知された。

----訪問看護ステーションたんぼぼ 益田明美 所長----

週3回の定期訪問で、医療管理の他、福祉用具や在宅酸素供給装置のセッティングなどを実施した。日中は長女が毎日訪問し、夜間は孫が泊まりこむため長時間誰からの見守りも受けない状態ではなかった。2週間程は病状安定も下痢、倦怠感、不眠、食欲不振といった症状が継続した。その後腰部の痛みが強くなりオプソ頓用が開始された。その数日の内に努力様呼吸、痙攣様振戦、疼痛の強まりがみられたため臨時往診してもらった。看取りの際は5~6人の家族が駆けつけていた。長女や孫が感謝の言葉を語りながら駕田らを拭き、自分たちの化粧具で化粧してお別れができた。

----千代診療所 長谷川久美 訪問診療科科長----

状態悪化後も本人は入院を希望しなかった。家族からは入院希望が出たが、本人の希望もあり在宅で看取りを提案した(家が狭いため外の廊下に出て話した)。その後家族も考え、最期を自宅で向かえることに同意された。退院後21日目、自宅で看取りとなった。本人の意志があったため、家族の入院の意向にも説得して対応することができた。家族が近所に住んでおり、頻回に援助に来ていたことも在宅看取りができた要因と振り返る。

## <感想文より>

- ・ターミナルケアを在宅で看取ることの大切さがわかった。
- ・在宅へ帰るのが困難と思われる患者さんでも往診へ相談してみることも提案し、患者さんの思いにそった看護ができる様にしていきたい。
- ・在宅ターミナルでの看取りの流れ、家族への看取りのアドバイス、不安の緩和についてわかった。

(たちばな診療所西木所長)  
情報共有の大事さと現在使用しているシステム紹介について発言されました。