

第31回地域医療・介護研究会 レポート

日時：2017年12月14日(金)18:00~19:30 晴
場所：ちどりビル2F 参加者：50名

今回のテーマは「『家に帰りたい』の思いにこたえるために」でした。在宅で看取ることのできた1症例について、関わった病院や在宅のスタッフから報告しました。それぞれの思いの伝わる報告となりました。グループ討議では「帰りたい」という思いをどう実現させていくかについて経験交流、意見交換しました。

<園田医師(千代診療所在宅診療部長)より症例について導入部>

K氏、60代女性、寝たきりの母親(高度認知症・胃ろう管理・千代診療所訪問診療)を介護、「100歳になるまで一緒に頑張ろうね」と話していたが、4月に大腸がんステージの診断。多発転移があるため手術困難、一旦退院後に化学療法目的で5月再入院。



園田医師



野中看護師

<野中看護師・(再入院後~自宅退院)>

再入院後炎症反応有り、閉塞性腸炎・肝転移などが疑われ、その治療を開始。本人からは“化学療法を始めたら体力が落ち何もできなくなってしまうのでは、姉弟に迷惑をかけたくないから色々整理をしたい、母の介護のことが気になる”“いままで通り母親と一緒に生活したい”と思いが語られた。本人の「家に帰りたい」という意思を尊重し自宅退院へ向け調整開始。

<松永退院支援看護師>

母親のことを一番心配されていた。弟による介護、介護サービス導入により不安を和らげた。整理のために自分の外出(銀行)に困らない様、抗がん剤による体力低下を気にされていたため、訪問看護など介護サービスを導入し解決を図った。

他院に入院していた母親と同時に退院することを希望。母親の病院と調整。

ベッドを母親と同室に並べ、最終調整し、5月末退院。



松永看護師

<藤恵看護師：訪問看護ステーションたんぼぼ>

自宅に帰ってこれた喜びを口にされる。日中は自由にして欲しいとの要望があり、点滴は夕方以降に施行。体調が良いときは土日の点滴を休むことも。母親の退院時には安心と喜びを口にされる。6月中旬には調子が悪くなり、ADLも落ちてきた。訪問看護による清拭や口腔ケアに喜ばれるも、悪化は進行していき、6月下旬に永眠された。

短期間の介入であり、点滴などの要望に寄り添う看護を心がけた。介護をする弟の不安除去に務めた。



藤恵看護師

<那須ケアマネージャー：アップルハート福岡ケアプランセンター>

退院の依頼があった当初は、病状が厳しい上に退院調整の時間的余裕も無く感じられ、母親の介護に加えたK氏の介護を弟が可能かといった点を課題に感じた。

K氏の望みが“母親とベッドを並べて最期まで家で過ごす”“入院しない”母親が訪問入浴をしている時の気持ちよさそうな顔をもう一度みたい”だった。ケアマネージャーとしても本人の望むようにしたいと考えた。退院後、状態が悪化していく中、母親と二人の介護は大変ではと考え、母親の入院を弟に聞いてみたところ「並んで寝ているのが2人ともいいんじゃないの。母も入院させない」と。本人も意識レベルが低下するまで「母と一緒にいる」と言われていた。この様な本人・家族の気持ちを基に最期まで自宅で過ごすという意思統一を図った。

<園田医師：(退院後~看取り)>

退院後、6月中旬には調子が悪く、臨時往診も入る様になった。サブイレウスを起こした際は、入院したくないという本人の意思を尊重し、自宅にて胃管挿入。悪化が進む中「大切な人との別れの準備」というリーフレットを用いてこれからのことを説明。本人も「ああこの通りですね」と涙を流しながら頷かれる。その中で主治医不在の時間が2日間程あり、その間の指示・申し送りを整理。看取りには何とか主治医が間に合った。

<グループディスカッション・感想>

- ・今後在宅管理の患者さんが入院した際はもっと連携していきたい。
- ・「帰りたい」との気持ちを聞き、家族の思いも聞き、気持ちの寄り添えることは無いか考える。
- ・患者にとって何が希望か何が幸せか主観的に判断してはいけないと改めて学んだ。
- ・退院前に方向性を決めるためにもやはりカンファレンスが大切。チーム作りのための情報共有が大切。

(次回は未定です。決まり次第ホームページにUPします。是非ご参加ください)



那須ケアマネージャー