

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、多職種連携研修会開催に代えて通信を発行します！



通信

多職種連携研修会について

多職種連携研修会は、【在宅医療・介護連携推進事業】の一環として行っている研修会です。

平成26年度より開催しており、**高齢になっても住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活が続けることができるよう**、町内の医療機関・介護事業所の専門職の方々に参加していただき、医療・介護の連携について考えています。

ごしめ〜会とは??

地域住民の方に慣れ親しんでもらえるように、多職種連携研修会に参加している専門職みんなで考えた愛称です。

事例報告 ～大好きな猫のあずきちゃんとの最期の2ヶ月～

今回は、志免町地域包括支援センターが実際に関わった看取りの事例の報告を行います。

利用者：Aさん、88歳、女性

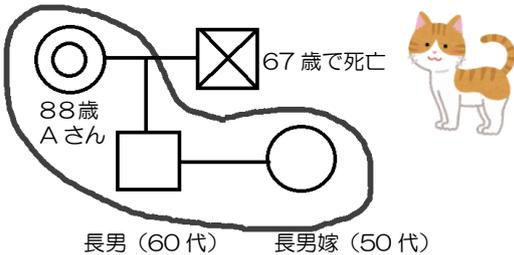
すい臓がん末期

(余命2ヶ月、本人に病名告知はされているが余命宣告はされていない)

家族：長男夫婦と同居。関係は良好。

自宅1階でAさん、2階に長男夫婦が生活。

Aさんは7歳になる猫のあずきちゃんとの暮らしをととても大切にしている。



介入の経緯

令和2年6月4日に長男妻より「要支援1の認定が出たためサービスを利用したい」と志免町地域包括支援センターに連絡が入った。

体調観察のためB病院に入院中で、6月5日に退院予定。長男妻より、本人は「病院で死にたい」とも「早く家に帰りたい」とも言っている、と聞き取る。

入院しているB病院の相談員に相談しており、訪問診療の利用も検討しているが、**最期をどこで過ごすか**家族も悩んでいた。

支援開始

6月5日に退院後、志免町地域包括支援センターの主任ケアマネジャー・社会福祉士が訪問。

Aさん・家族より、**在宅での生活を希望され**、介護ベッドのレンタルと訪問看護の利用の調整を行うこととなり、志免町地域包括支援センターのケアマネジャーが担当することとなる。

担当者会議の開催 (6月10日)

福祉用具事業者、訪問看護事業所より看護師・理学療法士が出席し担当者会議を行い、Aさん・家族の「**積極的な治療はせず、在宅で過ごす**」という意向を関係者で共有した。



理学療法士

できるだけAさんが自分で散歩やトイレに行ける筋力を維持できるよう、マッサージや歩行訓練を行います。

担当者会議の結果、

- ・理学療法士の訪問を含む訪問看護（医療保険）
 - ・介護ベッドのレンタル
- を利用することとなった。

また、会議の中で、**主治医をB病院の医師にお願いするか、緩和ケア専門の医師にお願いするか**、という課題が残った。

主治医の調整

B 病院

B 病院の相談員に担当ケアマネジャーが相談したところ、「急変時が夜間・休日だった場合は担当医がおらず対応ができない。また、B 病院に入院となれば、新型コロナウイルス対策のため面会ができない」という回答があった。

C クリニック

担当者会議後、元々かかりつけだった C クリニックに訪問診療の依頼を行ったが、「麻薬の取扱いができないため受けられない」と回答があった。

D クリニック

担当ケアマネジャーより、家族に緩和ケア専門で訪問診療が可能な D クリニックを紹介するも、「本人（A さん）は予後を知らないため、訪問診療を取り入れると死が近いことを悟られるのではないかが不安」と、決断しきれなかった。

結果、A さんは「具合が悪くなったら B 病院に入院すればいい」という考えを持っていることを踏まえ、当面の間は B 病院にサポートしていただきながら、訪問看護で対応することとなり、訪問看護指示書作成を B 病院に依頼した。

主治医の変更

6 月 11 日、主治医について話し合うため、担当ケアマネジャーと主任ケアマネジャーが訪問。

A さんの状態は悪化しており、嘔吐や転倒がみられた。



長男妻

体調が悪化してきているし、訪問診療に切り替えたほうがいいのか…



長男

母が死ぬということが実感できない…
今後どうするのが一番いいのか
わからない…

長男・長男妻のどちらも悩んでいたため、まずは緩和ケア専門である D クリニックに相談に行ってみようすすめた。

6 月 13 日に長男夫婦が D クリニックに相談に行き、D クリニックに主治医をお願いすることとなった。6 月 17 日に初回往診を行った。

永眠

A さんは最期まで自宅で過ごし、当日朝も訪問看護のサービスを笑顔で受けられた。その後、昼から具合が悪くなり、それに気付いた長男が主治医に連絡をしたが間に合わず、長男に看取られながら 6 月 21 日に永眠された。

死後のカンファレンス

連携に課題があると感じた D クリニック医師からの申し出により、A さんのターミナルケアの連携について 7 月 29 日に関係者を集め D クリニックで話し合うこととなった。



医師

家族としっかり話す面談の時間が取れなかった

看取る世代が在宅医療を知らない

最期までトイレ動作は自立しており
本人の努力は凄く感じた

もっと早く介入できればよかった

長男が「決める」ことに時間がかかった



看護師



包括職員

病院と医療職との連携やつなぎを
円滑に行う必要がある

話し合いの結果 A さんに関わった医師や訪問看護師などから、

- ・看取る世代が在宅医療を知らない、在宅サービスでどんなことができるのかを知らない。
 - ・病院との連携がうまくできず、依頼からサービス開始まで 2 日かかった。
 - ・家族が A さんの予後を受容できておらず、訪問診療の決断に時間がかかった。
 - ・病院と地域の医療職との連携を円滑に行うスキルを身につけるために専門職が資源や流れを学ぶ必要がある。
- などの意見が交わされた。



この事例から得た課題

- ・専門職は、本人の意向を元に医療・介護の関係機関との連携の準備が必要。そのため速やかに連携できるように資源や流れを学び、顔の見える関係づくりが今後更に必要となる。
- ・看取る世代へのターミナルケアや在宅医療の周知啓発。
- ・本人が人生の最期の過ごし方を家族に話しておくなど、人生会議の周知啓発が必要。

今回の事例やこれまでの研修会を通して、看取りや在宅医療を分かりやすくまとめた【パンフレットの作成】を検討しています。ぜひアンケートにご回答お願いいたします。

次回発行：12 月下旬頃