

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。



ごしめ〜会通信 Vol.2 では、アンケートへの回答及び事例の提供にご協力いただきありがとうございました。前回掲載した志免町地域包括支援センターの事例についていただいたご意見・ご感想の一部を紹介いたします。

- 看取る世代が身内の死を初めて経験される方もいるため、在宅医療・サービスをはじめ、死に逝くこと、機能低下のプロセスなどを教育啓発していくことが大切だと思います。
- いつでも連携をとれるように、日頃から研修などお互い話せる環境も必要かと思いました。
- 医療・介護の関係機関が連携し、医師がリーダーシップをとってチームケアできている事例で、とっても分かりやすかったです。
- 余命が短い中、スムーズな連携がいかに大切であるか、家族や本人の意思決定がいかに揺れるものであり、決まるまでに時間が掛かるものであるかなど、考えさせられる事例でした。

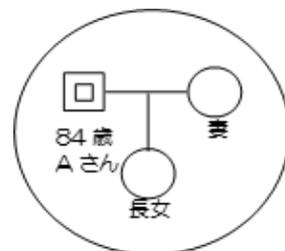


**お忙しい中ご回答いただき
ありがとうございました！！**

前回の通信送付後、いくつかの居宅介護支援事業所より、在宅看取りの事例提供をいただきました。今回いただいた事例の1つを紹介いたします。

本人が望む形で最期を迎えることができるよう支援した事例

本人：Aさん 84歳 男性
疾患：上行結腸がん
(多発肝転移あり)



がん発覚、余命宣告まで

H31年4月に下血しA病院を受診。
精査目的で入院し腹部エコー、CTにて上行結腸がん(肝転移あり)が見つかる。

本人の意向確認

「**自宅で死にたい**」と入院中に**自宅での看取りを希望される**。在宅医療でどこまでの治療が可能が分からなかったため、**苦しくなった時は入院できるようにとホスピスのあるB病院に通院できる地域に転居**。転居を機に、別居していた長女も同居となる。
(妻・長女と3人暮らしとなった)

病状変化

R1.7月に退院し、R1.8月～R2.3月は要介護1の認定にてデイサービスを利用しながら楽しみの多い生活を送っていた。このころは、杖なしで100メートル歩行が可能な身体機能であった。

R2年3月頃から急激な食欲低下がみられ、体力が低下。4月頃には食事をすると腹部が張るようになり、2ヶ月で5kg体重減少し、身体機能もトイレに行くのがやっとの状態となった。

R2年5月末に病状の変化が顕著だったため区分変更申請を行った。立つことができなくなり、入浴・排泄動作に介助を要するようになった。また、全身倦怠感が疼痛に変わったため、訪問看護（採血、リハビリ、入浴介助等）を導入した。

訪問診療の開始

病院に行くのが難しくなったため、**訪問診療を開始**した。腹部エコー等を行い、腹水を抜くことができない状態になっていることを医師が確認。腹水抜去はせず、**疼痛コントロールを行うこと**となる。



ケアマネさんが寄り添ってくれて、父も訪問を楽しみにしていました

疼痛緩和

もともと、麻薬を使用していた疼痛緩和に拒否を示していた本人だったが、医師から丁寧に効果などの説明を受け、本人が納得したうえで疼痛のコントロールが始まった。

本人からも、「なぜ苦しいのかわかるだけで痛みを我慢しやすくなり、夜も熟睡できるようになった」と聞くことができた。

訪問診療開始の4日後、本人が疼痛を我慢できなくなり、本人・家族より疼痛軽減を希望されたため、モルヒネの持続投与となる。

明朝、自宅にて永眠された。

【CMが感じた良かったこと】

- 医師から病状やケアの説明を受け、**本人が納得して自ら選択し、本人の望む最期を迎えることができた。**医師の説明も、紙に図を描いて丁寧に説明するなど、とてもわかりやすかった。
- 在宅ホスピス医の介入により、自宅で腹部エコー等の検査が受けられたこと。

- 痛みが我慢できなくなるとモルヒネを持続投与してもらおうなど、本人の状態に合わせたケアの選択ができ、**家族から『自宅で死にたい、痛みから解放されたい』という本人の想いに沿ってもらえて嬉しかった**との言葉がいただけました。



ケアマネジャー

ご家族から

「ケアマネジャーは仕事という感じではなく、親しくしてくれ、主人の生活に興味を持ってくれて、本人も訪問を楽しみにしていた」

と感謝の言葉をいただきました！

【CMの悩み】

- 必要と感じるサービスがあっても、区分変更申請をして結果が出るころには、疼痛により本人を動かすことが難しいなど、**導入が間に合わないケースも多い。**
- 「疼痛緩和ができれば動ける」など良い方向に体調が改善するという本人・家族の期待があるなかで、**状態が悪くなったときの医療や介護についての話を持ち出しにくい。**
- 訪問やサービスの調整、ケアプランの作成等を行っていても、利用前に亡くなられるケースも多く、居宅介護支援事業所は算定できない、など、**ケアマネジャーの取り組みが評価される仕組みがない。**

特殊寝台（電動ベッド）や体位交換マットがあればもっと安楽に最期を過ごせたんじゃないかな…？



ケアマネジャー

【まとめ】

本人が住み慣れた場所で医学管理や医療・介護事業所のサポートが受けられることに感激されていた。また、医師から直接病状やケアの説明を受けることで、**本人が納得して自ら選択することができた。**ご家族も、在宅医療でどこまでできるか分からない不安があったと思うが、ケアマネとして医療・介護事業所と連携し、本人が望んだ最期を迎えるよう支援できたと思う。

次回の通信について

次回の通信は令和3年2月下旬頃発行予定です。また、今後の参考のために別紙アンケートに回答のご協力をお願いいたします。