

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ています！



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。



事例紹介ラスト！ 今回も町内の居宅介護事業所より提供いただいた在宅看取りの事例を紹介します。

ごしめ〜会通信 Vol. 4 では、アンケートの回答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。

●最期を迎えるにあたり、在宅医療が始まるまでのスピード感は本当に大切であると感じた。家で家族と一緒に過ごしたい、ただ何をしたらよいのか分からないという方が多いと思うので、『在宅医療』を提案してもらえると心強いと感じた。

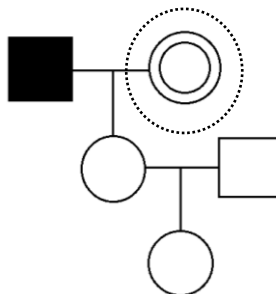
●ご本人や家族の意思決定の大切さを理解することができた良い事例でした。

●コロナ禍の中、家族から「在宅に戻り、最期まで寄り添うことができてよかった」という言葉があったことから、ケアマネジャーを中心に関係事業所や家族との連携がうまくいっていたと感じ、連携の大切さを再認識した。

●介護・医療サービスの必要性を本人・家族へ最初に説明する際、私もうまく受け入れてもらえなかった経験があります。専門職が説明力を高める必要性とサービス利用までのプロセスの重要性を改めて感じました。

一人暮らしで最期まで笑顔で過ごした事例

～ 意思決定をチームで支援 ～



本人：A さん(88) 女性

疾患：肺がん転移
(胃がん術後)

車いす移動で、移乗動作には介助が必要。

がん発覚

H30 年 6 月、A さんは体調が悪くなったため受診し、検査をしたところ、肺がんが再発したことがわかった。

その時点からがんを治す治療を行う段階ではなく、6 月末からホスピス病棟へ入院することになった。

どこで過ごすか

入院中の同年 9 月、主治医から「経過が良く、症状が落ち着いています。それでも自宅での一人暮らしは難しいと思うので、施設で生活をしませんか」と勧められた。

しかし、本人は「長い闘病生活を送ってきた。もう先は長くはないとわかっているから、最期は自宅で暮らしたい」と希望した。娘も本人の希望に沿えるよう、「自宅に戻って生活できるようにサポートする」と決めた。

自宅で暮らすために

Aさんは入院前から要支援2の認定を持っていたが、十分なサービスを受けられるよう、区分変更申請をした。その結果、要介護3の認定がおりた。

入院中に退院前カンファと担当者会議を実施。**安心して自宅での生活を送れるよう環境を整えた。**

退院前カンファ

現在の病状や今後予想される状態を本人・家族・専門職らで共有。**今後のケアについての希望を確認。本人・家族の「息が止まっても蘇生行為はしない」という意思を全員で共有した。**

担当者会議

退院後のサービスを決定

- 訪問診療【医療保険】
- 訪問看護【医療保険】
- デイサービス【介護保険】
- 車いす・介護ベッドのレンタル【介護保険】

日中は月曜～土曜までデイサービスを利用。夜は近くに住む娘が毎日通って泊り、介護をすることとなった。

訪問診療がある日は診療終了後にデイサービスを利用できるようケアマネが調整を行った。



自宅での生活

10月上旬に退院。**自宅に戻ると食欲が増し、デイサービスも楽しいと休まず毎日利用した。**入院前と変わらず毎日メイクをして参加し、はつらつとした姿が見られた。

その後、2カ月たった頃に体調が悪くなり、39℃近い熱が出た。**再度入院することも提案されたが、本人・娘ともに自宅での生活続けることを選んだ。**

それから1～2週間後にはデイサービスでもベッド上で過ごすことが多くなり、吐血も始まって医師に相談する頻度も高くなっていた。

訪問看護師が「いつでもかけつけます」と何度も伝えてくれたことが、本人・家族だけでなく毎日通うデイサービスの職員にとっても心の支えとなっていた。

永眠

翌年1月4日、主治医の診療日にサチュレーションが上がらず、咳きこみがひどい状況だったが、**それでも診療終了後に楽しみであるデイサービスに参加した。**

翌日、デイサービスへ行く準備を済ませ、出発を待つ間に息を引き取られた。



【ケアマネが感じたこと・良かったこと】



本人と娘さんの頑張りに感動

ケアマネは各事業所と本人・家族のつなぎ役として動きました。主治医・看護師、デイサービス職員、福祉用具専門相談員との連携が十分にでき、特に看護師には助けてもらいました。本人が最後までデイサービスに行き、笑顔が見られたことが何より良かったです。

在宅での看取りに向けて、本人・家族・専門職を交えて最期を迎えたい場所や受けたい医療・ケアを話し合うことができた。

症状の変化に伴い、その都度、「自宅で生活を続けたい」という意向を確認し、本人の希望に添えるようチームで支援できたと思う。

厚生労働省が発行している意思決定に関するガイドラインを紹介します。(HPに全文あります)



人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

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。