

介護保険施設における がん患者さんの看取りの 道しるべ

～その人らしさを支えるケア～



広島県

広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室

広島県がん対策推進協議会 緩和ケア推進部会

平成24年12月

がん患者さん看取りの道しるべの活用について

☆各施設での看取りの指針等の作成時に

☆施設での看取りの学習時に

☆実際の看取りの場面に

参考として御活用ください。

このテキストは、皆様に活用していただき意見を反映させ、
修正等を重ねながら充実を図っていく予定です。

【活用に関する問合せ先】

電 話 082-252-6262 (ダイヤル)

FAX 082-252-6261

e-mail hphkanwashien@pref.hiroshima.lg.jp

担 当 広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室

※ マニュアルに使用しているイラストは、特定非営利活動法人日本緩和
医療学会の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」の資
料から引用させていただいた。

目次

I	施設における看取りの方針・基本的考え方	1
II	看取りの視点と基本的姿勢	1
III	看取りの体制（人的環境を含む）	1~2
IV	看取りの過程（プロセス）	2~3
V	看取り期の状態の変化と観察・ケアの留意点	3~5
VI	介護保険施設における看取り事例	6~30



I 施設における看取りの方針・基本的考え方

高齢者の看取りの介護・看護は、日々の生活の延長上にあると捉えその人と馴染みの人々や慣れ親しんだ環境の中で、その人らしい日常生活を継続しながら人生の終焉を迎えられるように、家族の思いも汲みいれて支援する。



ポイント

満足できる人生の最期
本人と家族の意思の尊重

II 看取りの視点と基本的姿勢

- その人らしい人生の最期を、他の利用者や家族の諸事に配慮し、家族との充実した時間を持てるよう最大限の支援をする。
- 看取りの介護・看護計画は、本人・家族の意向や思いを基本に作成する。
- 時間経過や症状の変化に伴い、本人・家族の思いが揺れ動くことも想定し、その都度、本人・家族の意思を確認しながら十分なコミュニケーションを図る。
- 予測されない事態等への対応として、本人・家族に事前に充分説明し了解を得、関係機関と連携し、本人・家族への継続的な支援を行う。



ポイント

充実した時間を過ごすための支援
十分なコミュニケーションをとる

III 看取りの体制（人的環境を含む）

- 職員の看取りの体制を整える。
施設の実情を考慮して看取りの体制を検討する必要がある。
可能であれば夜勤を介護職員2人体制に、また、チームリーダーがフォローする体制を整える。
研修等において再度、学習しておくことも有効な方法と考えられる。
- 本人・家族が最期の時を一緒にゆっくりと過ごす場を準備する。
現状のまま、あるいは個室で過ごすのかについて、本人・家族の意向を確認し、それに添うよう対応する。
個室ではなく、これまで住み慣れた部屋を希望する時、同室者がいる場合は同意が必要。
- 緊急時連絡先の再確認を行う。
緊急時の家族の連絡先や、あらかじめ施設で決めている緊急時連絡網を再度確認しておく。
- 家族が気兼ねなく付き添い、本人と最期の時間を満足のいくかたちで過ごせるよう、個室又は静養室等を整備し、採光や室温等に配慮し、環境整備する。



ポイント

人生最期の場として、本人・家族が満足できる環境（人的環境を含む）を整える。



- 看取りの時期には、関わる職員間で必要に応じたミーティングを持ち、病態・状況を確認し共通認識を持って対応できるように、日頃から看取りの介護についての知識・技術に関する職員研修を継続して行う。

※研修内容として

施設での看取り方針の理解／看取りの介護／本人・家族の死生観の重視／コミュニケーション力／看取りのチームケア／看取り介護の個別計画／身体機能の低下のプロセスと対応／夜間・緊急時の対応／家族支援・遺族ケア（グリーフケア）／職員のメンタルヘルス など

- 担当者不在時の対応方法も決めておく。また、対応したことは、全てその都度記録に残す。
- 緊急時対応の指針を整備し、職員間で周知徹底する。夜間・緊急時の家族等の連絡先等を再確認し、明記しておく。
- 施設の看取りの医療体制及び夜間の勤務体制・連携方法等について、職員に周知徹底する。（本人・家族には十分に説明し、了解を得ておく。）



IV 看取りの過程（プロセス）

- 医師が医学的に回復不能な状態と判断した時、担当医師より本人・家族への状況説明をする。
- 入所時に看取りまでを希望し同意書を交している場合、看取りの状況に至った時点で、本人・家族の意思を確認し、再度同意を得る。
- 看取りの導入
 - ・主治医から病態・状況や家族に説明した内容等を聞き、職員の共通認識を図る。
 - ・介護、看護計画は、家族の意向、主治医からの指示等を反映しその都度見直し、本人・家族を含む関係者で共有する。
- 看取りの実践
 - ・本人・家族の思いを優先し、できる限り家族と共に手厚いケアを行う。
 - ・家族の心情を察して、精神的支援を行う。
 - ・主治医や訪問看護、医療機関との連携を密にし、必要時は適時カンファレンスを持ち、意識の統一を図る。
- 臨死期の対応
 - ・家族に臨死期であることを説明し、看取りのケアを家族と共に行う。
(適切なアドバイスによる家族のケアは家族自身にとって、死別後の喪失感からの回復に役立つ)
- 臨終時の対応
 - ・医師、看護師が不在の場合は、呼吸停止した時間を記する。
 - ・医師による死亡確認を行う。



■死後のケア

- ・死後のケアを家族が希望すれば、家族の思いや施設の指針に添って、できる限り家族と共にケアを行う。

■家族支援・遺族ケア（グリーフケア）

- ・大切な家族との死別による悲嘆からの回復を支援する。
- ・生前に家族が関わったケアを通して、「自分にできるだけのことをした」との思いが、悲嘆の回復に繋がる。

■お見送り

施設の指針に添って行う。



■記録の整理

看取りの介護同意書（日付記入）／医師の指示書／看取りの介護計画書（変更・追加）／経過観察の記録／ケアカンファレンスの記録／臨終時の経時的記録／看取りの介護終了後のカンファレンス記録

■デスカンファレンス

- ・亡くなった利用者のケア等を振り返り意見交換を行い、今後のケアに活かす。また、担当者を労う。

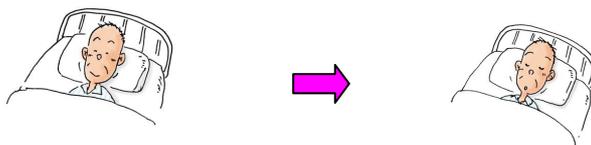


V 看取り期の状態の変化と観察・ケアの留意点

人が死を迎えるとき、亡くなる状況は人それぞれに様々です。必ずしもこのとおりではないことも御理解ください。

おおまかな変化は次のとおりです。

- 1週間前くらいから、だんだん寝ている時間が長くなってきます。
- 1，2日から数時間前になると声をかけても目を覚ますことが少なくなってきます。



呼吸のたびにゼロゼロという音が聞こえることがあります。



呼吸が不規則になったり肩や顎が一緒に動くようになります。

手足の先が冷たくチアノーゼが見られるようになります。



項目	状態	観察・ケアの留意点
ADL 及び IADL	死期が近くなるとほとんどベッド上での生活となりADLの低下や意識がボーッとしていることがある。	ベッドからの転落や転倒に気をつける。声かけに努め、身体・意識状態（バイタルサインのチェック）を観察し必要なケア（保清・排泄・口腔ケア）を丁寧に行う。状態に応じて安楽な姿勢や体位変換を行い、身体を軽くさする。
食欲	食欲が減退し、覇気がなく、周囲に無関心となる。顔色は蒼白い。	食事は本人が好むものを、誤嚥しないように見守り、あるいは全介助する。水分補給は様子を見ながら、少しずつ行う。（脱水で口腔・口唇乾燥が見られるので、口腔内・口唇を濡れたガーゼで湿らせる等）。
意識状態	意識は最期まで残ることもある。傾眠状態や見当識障害、幻覚・幻聴などのせん妄が現れることもある。昏睡状態となる。	意識状態を確認しながら、その状態にあった対応をする。不安や苦痛の緩和のため、できるだけ一人にしない。せん妄時には、部屋を明るくし、聞き慣れた家族や馴染みのケア担当者の声かけは、安心感をもたらす効果的である。せん妄時ベッドから降りようとする行動等があるので転落・転倒に注意する。体位変換し褥瘡を予防する。排泄介助・保清（寝衣交換・清拭・陰部洗浄・足浴など）、本人・家族が希望する場合、医師の許可を受けて入浴をする。（入浴を好む人には安寧や爽快感をもたらす）。
脈拍	脈拍は頻脈から次第に徐脈となる。微弱でリズムは不整。とう骨動脈（手首外側部）で触れにくくなる。	脈拍の変化を見る。とう骨動脈（手首外側部）で触れにくくなるが、中心部に近い肘関節、ソケイ部、頸部、などの動脈は触れ易い。脈拍が触れにくくなったら、聴診器で心音を確認することもできる。
呼吸状態	呼吸は不規則で浅く努力様呼吸（肩・鼻翼呼吸）や下顎呼吸、チェーン・ストークス呼吸（無呼吸と深い呼吸が繰り返される呼吸）などを生じる。死前喘鳴（ゼロゼロ音）が現れる。	呼吸がしやすいように体位を工夫する。頭部の枕を外し、肩枕を挿入し気道を確保する。呼吸の回数や無呼吸の長さ回数（いずれも一分間での回数）を測定する。意識低下で口腔内の分泌物がたまり呼吸の度にゼロゼロする（死前喘鳴）。顔を横に向け分泌物をガーゼなどで拭き取る。吸引器があれば軽く吸引する。
体温	体温は下降する。四肢末端の冷感が出現する	基礎代謝が低下するため体温も下がる。湯たんぽ（熱傷に注意）、四肢を軽くさする、羽毛布団（軽い掛け物）などで保温する。
血圧	血圧は下降し聴診できなくなる。	触診で測定する方法もあるが、状態の悪化にともない測定不能となる。
顔色及び皮膚色	顔色はくすみ、又は、口ウ白色になり、全身蒼白、口唇・爪・手掌・足底などにチアノーゼが出現。	家族とともに最期のケアとして声かけをしながら、手足や身体を軽くさする。意識がなくても聴覚は最期まで残ると言われているので、家族の声かけ（ありがとう等）は大切であることを伝える。

排 泄	尿便の失禁, 尿量減少	心臓や多臓器の機能低下で尿量が少なくなる。尿量, 排便量を確認し腹部膨満・浮腫の有無を観察し, 必要な対応・ケアを行う。筋肉の弛緩による漏便に備え, 寝衣を汚さないようオムツなどで対応する。
死の徴候 確認	呼吸停止, 心停止,	医師が呼吸停止, 心停止, 対光反射の消失で, 死亡を確認する。医師が不在の時は呼吸が停止した時間を明記しておく。

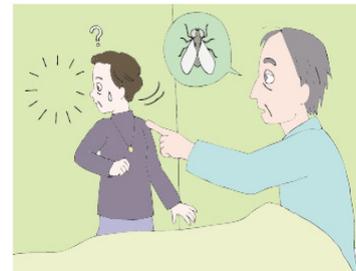
せん妄について

【せん妄の症状】

今いる場所が分からない
 昼と夜の区別がつかない
 何月何日や時間が分からない
 落ち着きがない
 何度もベッドから起き上がり
 何処かへ行こうとする
 転んでしまう
 怒りっぽくなる
 現実とは違う話しをする

【幻覚の症状】

実際いないものが見える
 虫がいる
 実際いない人が部屋にいる
 など



こんなケアも有効です。



【手足を軽くさする】



【話しかけたり, 好きな音楽を流す】



【唇をしめらす】

VI 介護保険施設における看取り事例

区分	施設名	テーマ	ページ
ホーム 特別養護老人	社会福祉法人安那福祉会 特別養護老人ホームサンサンホーム	入所中にがんが発症し施設で家族と共に看取った事例	7~9
	社会福祉法人相扶会 特別養護老人ホーム相扶園	がん拠点病院での入退院を繰り返しながら最後は施設に帰りたいとの本人の希望で、施設で看取った事例	10 ~12
介護老人保健施設	社会福祉法人広島常光福祉会 介護老人保健施設スカイバード	全盲で乳がんの再発による入院中で認知症を伴い施設に転所し看取った事例	13 ~15
	医療法人松村循環器・外科医院 介護老人保健施設湯来まつむら	妻の急死で一時入所の予定であった軽度アルツハイマー型認知症の患者で、肺がんが発見され当施設で看取った事例	16 ~18
	医療法人社団緑陽会 介護老人保健施設ふぁみりい	アルツハイマー型認知症の左腎臓がん入所者を看取った事例	19 ~21
	公立みつぎ総合病院 介護老人保健施設「みつぎの苑」	施設での看取りを家族が切望し、当施設で初めて看取った事例	22 ~24
共同生活 認知症対応型 介護	株式会社QOL サービス グループホームありがとう	アルツハイマー型認知症で入所後に胃がんを発症し施設で穏やかに看取った事例	25 ~27
	医療法人好縁会 認知症グループホームふれあい	アルツハイマー型認知症の食道がん入所者を看取った事例	28 ~30

- ※ 事例は個人が特定できないようにしております。
- ※ 事例の掲載については、関係者の了解を得ております。

施設名 特別養護老人ホーム サンサンホーム

理 念

わたしたちは、人間尊重の精神に則り、常に高齢者の人権とプライバシーを擁護し、高齢者がより安全な環境のもとで安心して生活ができるよう、日々に新たな気持ちの中で最善の努力を行います。

- 1 わたしたちは、常に心に太陽の輝きをもちながら地域と共に歩み、明るい施設造りをめざします。
- 2 わたしたちは、常に笑顔で接しやさしい言葉をかけます。
- 3 わたしたちは、常に介護技術の向上に努め、高齢者の自立を支援します。

施設の概要

本館：従来型
新館：ユニット型

- 設置主体 名称 社会福祉法人安那福祉会
所在地 福山市神辺町字東中条 610-16
- 入所定員 90名
- 介護度(人数) 要介護1(2), 要介護2(11), 要介護3(23), 要介護4(28), 要介護5(25)
- 平均在所期間 1,450日
- 職員体制 医師(常勤0名, 非常勤1名), 看護職員(看護師1名, 准看護師3名)
介護支援専門員2名, 相談員1名, 介護職員58名
- 併設施設 グループホーム, ケアハウス
居宅介護支援事業所, 地域包括支援センター
(施設から少し離れたところにある)
- サービス ショートステイ, 予防ショートステイ
- 協力病院 亀川病院, 福山第1病院, 小畠病院, 多治米歯科

施設の特徴

ゆとりや潤いを第1に考えた施設になっており、様々な行事やクラブ活動を実施しており、生活の充実を図っている。

入所中にがんが発症し施設で家族と共に看取った事例

【所属名：社会福祉法人安那福社会 特別養護老人ホーム サンサンホーム】

I はじめに

当施設でも年々施設内での看取りが増えている。

今回介護老人保健施設から、多くの疾病を併せ持つ医療ニーズが高く、認知度Ⅲで転所して、その6ヵ月後にすい臓がんを発症、多臓器に転移し施設で看取った事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代前半 女性 要介護度5 キーパーソン 次女
障害高齢者日常生活自立度 A→B 認知症高齢者日常生活自立度 Ⅲ→Ⅳ
簡単な会話でコミュニケーションは可能、
胃瘻造設（少量のゼリーやとろみをつけた飲み物の経口摂取可能）

既往症・現病歴

×年：小脳梗塞（入院治療）脳血管性認知症

×+1年：慢性心不全（ペースメーカー埋込み）

以後上記疾病にて入退院を繰り返し、胃瘻を造設する

×+2年：介護老人保健施設入所し特別養護老人施設への待機中

×+3年：介護老人保健施設から当施設へ入所

【生活歴、家族状況】

他県の出身、出身地で結婚し2女1男をもうけ暮らしていた。子どもたちは夫々に独立（子どもたち3人は広島県）。数年前まで出身地で夫と二人暮らしをしていた。夫の死後、次女の近くのアパートに引越し、一人暮らしをしていた。子どもたち3人とともに健康に問題があり、入退院を繰り返し介護ができる状態ではないが、母のことを心配し協力的である。

III 入所後の経過

【第1期：×年3月～8月まで】

家族の希望で個室に入所。起き上がり立ち上がりは自立し、移動時は手引き歩行。子供の面会も月に1～2回あり。一般状態に変わりなくゼリーやとろみをつけたジュースを少しずつ経口的に摂取し、機嫌よく過していた。性格はおとなしい。

【第2期：×年9月～10月上旬】

腹部膨満を認める。腹水貯留によるものとのこと。腹部膨満著明となり内科医受診。CT等の検査ですい臓がんを認める。多発性の肺転移、腹腔内のリンパ節転移、がん

性腹膜炎で余命1ヶ月と家族に告知する。

家族の希望で他病院での受診と検査を受ける。10日後に同じ診断で余命を伝えられる。

本人は苦痛の訴え無く、バイタルサイン等の変化も認めず。

囑託医が週2回の往診を開始する。

【第3期：X年10月上旬～2週間】

医師からの説明

○病名・病状・余命について説明。腹部膨満は腹水が溜まっているから、腹水は穿刺で除去すると楽になること、過剰な栄養・水分は腹水や浮腫を増強させること。がんによる痛みが出てくる可能性があることなど。

○今後、病院に転院するか、最期まで施設で暮らすか、家族の意向を尋ねる → 家族はこのまま施設で看取って欲しいとの意向。

○腹部膨満、下肢浮腫を緩和するため、胃瘻からの栄養・水分注入を制限することを家族に了解を求める → 家族の納得がなかなか得られなかった。本人の苦痛を和らげることを医師から再説明される。→ 家族の理解を得る。

終末期の経過

○医師説明の翌日から子ども達が施設に寝泊りをして一緒に過す。本人からの苦痛の訴えなく、歌を歌って過す。

○清拭・足浴のケアを行う。

○医師からの看取り説明後2週間後の明け方3人の子どもたちに見守られながら眠りの延長のごとく永眠される。

【まとめ】

A氏は胃瘻造設、ペースメーカー埋込み、高度の認知症を伴って入所されたが、短い言葉で、それなりにコミュニケーションはできた。施設での穏やかな生活が始まって、6ヶ月目に腹部膨満の症状で受診、すい臓がんが見つかった。その時は既に多臓器に転移し治療ができない状態であった。

余命1ヶ月の告知で亡くなる1週間前から子供たちは泊まりこみ、残された母との貴重な時間を共にし、穏やかな時を過し子どもたちに看取られて永眠された。

医療との連携が難しい介護施設で医療ニーズが多く、しかもすい臓がんを発症、その痛み等の症状対応を心配したが、今回は受診した病院の主治医と囑託医とのきめ細かな連携と、病状に応じて家族が納得いくまで説明をされた。家族は医師たちに絶大な信頼を寄せた。家族から納得して満足のいく看取りができたと感謝された。

施設での看取りが推進されている昨今、医療ニーズが高い入所者も増えている。看取り（特にがん患者）には医療者との連携は欠かせない。福祉施設に働く者が安心して看取りができる医療者からのサポートが、受けやすいシステムの構築を求める。

施設名 特別養護老人ホーム 相扶園

理 念

正しい信仰によって心に安らぎを、行き届いた介護によって身体に健康をもたらし、和顔愛語（わげんあいご）をモットーとして相互に敬い助けあって強く明るく生きがいのある老後を送ってもらうようにつとめる。

施設の概要

- 設置主体 名称 社会福祉法人相扶会
所在地 庄原市尾引町 263-2
- 入所定員 52名
- 介護度(人数) 要介護1(-), 要介護2(4), 要介護3(18), 要介護4(18), 要介護5(12)
- 平均在所期間 1,542日
- 職員体制 医師(常勤0名, 非常勤1名), 看護職員(看護師4名, 准看護師3名)
介護支援専門員1名, 相談員1名, 介護職員23名
- 併設施設 養護老人ホーム, グループホーム, 居宅介護支援事業所,
訪問看護ステーション, 訪問介護事業所
- サービス ショートステイ, デイサービス, 訪問入浴介護
- 協力病院 庄原赤十字病院, 公立三次病院, 佐々木歯科

施設の特徴

庄原市で最初の高齢者施設として45年の経験を生かし、居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・訪問介護事業所・訪問入浴介護などの在宅生活を支援する事業,あるいは、ショートステイ・デイサービスなどの施設を利用したサービスの提供,また、養護老人ホーム・認知症グループホームなどの施設の利用により、地域や家庭のニーズを反映した活動を実施している。そのことが地域や家族の頑張りを支えており、地域における総合的な社会福祉の核となっている。

がん拠点病院での入退院を繰り返しながら最期は施設に帰りたい との本人の希望で、施設で看取った事例

【所属名：社会福祉法人相扶会 特別養護老人ホーム 相扶園】

I はじめに

開設時から地域住民の入所者が多く、入所者の要望・状況に応じて当初から自然な流れで看取りも受け入れてきた。

今回、老人保健施設から転入し、引き続き前立腺がんのフォローアップを当施設の嘱託医の往診と訪問看護を受けていた。症状出現の度に後方病院の地域がん診療連携拠点病院への入退院を繰り返していた。入院中に余命が週単位となった時、本人自身の気持ち「施設に帰りたい」と強く訴えられ、全人生を過した地域に帰り、馴染みの職員と大好きな家族に見守られながら穏やかな人生に幕引きをされたので報告する。

II 事例紹介

【基本情報】

B氏 90歳代前半 男性 キーパーソン 長女

入所時：要介護度1

障害高齢者日常生活自立度：A2 認知症高齢者日常生活自立度：正常

既往症：大腿骨頸部骨折、白内障 前立腺がん（十数年前に診断される）

現病歴：入所後骨転移、MRSA（+）嚥下性肺炎

【生活歴・家族状況】

この地域に生まれ育ち結婚し、一男二女をもうける。子供達は遠く他県に住む。妻と穏やかに暮らしていたが妻に先立たれ一人暮らしとなる。生まれ育ったこの地域に強い誇りと愛着を持っている。

III 入所後の経過

【第1期：X年1月～7月迄】

介護老人保健施設から転入。Aクリニック（嘱託医）の往診と訪問看護で前立腺がんのフォローアップと、C病院（地域がん診療連携拠点病院：診断を受けた病院）へ定期的に通院していた。バルーンカテーテルを留置し自己管理ができていた。月1回程度家族の面会もあり、機嫌よく施設で過していた。

【第2期：X年8月～X年9月迄（入退院の繰り返し）】

腹痛を訴えC病院受診、胸骨転移があり入院。余命1年と診断される。X線照射・薬による疼痛コントロールを開始し半月後に退院する。

○退院後に嘱託医から家族への病状説明は、前立腺がんが胸骨への転移している。次第に痛みは強くなるだろう、全身状態は次第に悪くなる。施設では痛みをとる治療、酸素吸入と点滴はできると伝える。退院後は、痛みは訴えず体調も安定し半月を過す。

○2回目の入院：退院半月後に、肺炎で10日間入院する。

○3回目の入院:退院2日後に誤嚥性肺炎で再々入院する。胃瘻造設後,余命2週間と言われる。本人が「施設に帰りたい」と強く希望し,家族から退院を要請される。

【第3期: X年10月(胃瘻造設後の退院)~10月半ば迄】

バルーンカテーテル留置,胃瘻造設,褥瘡,MRSA(+),痛みの緩和をしながら退院。

○今回の退院は「施設での看取りを意味している」と囑託医,職員一同が共通の認識。

・退院時処方,ロキソニン,ボルタレン,オプソが処方されていた。薬の効果,副作用,胃瘻からの食事介助,口腔内ケア,吸引,腹部ヘルペス,仙骨部・踵部の褥瘡のケア等,創部処置が必要であった。

・ボンヤリとし,言語不明瞭でコミュニケーションが困難,暴言・暴力的行動があった。

○上記の症状から,囑託医の指示でオプソを中止する。

オプソ中止しても痛みは訴えず。徐々に意識がはっきりしてきた。ゆっくりとした会話ができるようになった。部屋の壁には日めくりカレンダー作成し貼った,朝の訪室時にB氏と「今日は何月何日何曜日」と確認した。この地域の季節を感じさせる草花や,木の実を飾り,好きな写真や絵を貼ると笑顔がみられた。懐かしい歌や曲をテープで流すと,とても喜ばれた。心が穏やかに安らげる環境作りに介護員,看護師,相談員が協働で孤独を感じさせないように努めた。退院10日後に努力呼吸となり,家族や職員が見守る中で穏やかに永眠された。

【まとめ】

当施設では常駐の医師がなく,施設でできる医療には限界がある。しかし医療ニーズが高い入所者(看取りを含む)は増えている。必要時は囑託医師の往診と診療所の看護師が対応している。往診時のカンファレンスで看護師,介護員,相談員らに病状や予測されることの説明があり,共通認識を持つように努めている。夜間緊急時は看護師のコール体制である。重篤者がいる夜勤は,介護職員の精神的負担は大きい,その軽減に主任介護員や主任看護師の善意での居残りや夜中の出勤により,夜勤の介護員を支えている。

看取り後のデスクカンファレンスは必ず実施し,学びや反省点など振りかえりの場とし,担当した職員の労をねぎらっている。

更に超高齢社会が進み,「施設での看取り」はとても重要な役割と考える。しかし医師との連携条件,更に看護師不足,煩雑な事務処理等々から,限られた人・物の実態から現行の看取り加算を受ける要件は厳しい現状である。

施設名 介護老人保健施設 スカイバード

理 念

介護保険の理念に基づいて、病状が安定期にあるお年寄りの自立を助け、医学的管理や看護、介護、機能訓練等を行い、家庭復帰を目的にしています。

「楽しく生きる」という基本精神のもとに、常に明るく家庭的な雰囲気、安心して利用していただけます。

家族や地域との結びつきを重視し、市町村や関連機関との提携等を密にしています。

施設の概要

- 設置主体 名称 社会福祉法人広島常光福祉会
所在地 広島市東区福田町 3198
- 入所定員 80名
- 介護度(人数) 要介護1(7), 要介護2(20), 要介護3(15), 要介護4(19),
要介護5(14)
- 平均在所期間 363.2日
- 職員体制 【医師(常勤1名, 非常勤 名), 看護職員(看護師2名, 准看護師6名)
介護支援専門員8名, 相談員2名, 介護職員30名, 理学療法士2名,
作業療法士4名, 言語聴覚士1名】
- 姉妹施設 特別養護老人ホーム, 広島原爆養護ホーム, グループホーム, ケアハウス,
居宅介護支援事業所, 訪問介護事業所, 地域包括支援センター, 小規模多
機能型居宅介護
- サービス ショートステイ, デイケア, 訪問リハビリ
- 協力病院 ふくだクリニック, 河村病院, 太田川病院, 高陽中央病院, 沢村歯科,
芳谷眼科, 上田耳鼻咽喉科

施設の特徴

「人と人とのふれあいを大切に いきいきと暮らしたいあなたを全面的にサポートします。」というスローガンを掲げて、介護保険法, 原爆被爆者援護法, 老人福祉法等の法律に基づく各施設, 地域包括支援センター, 小規模多機能型居宅介護等の在宅サービス事業により, 東区, 安佐北区, 南区において, 地域に密着した幅広いサービスを提供している。

全盲で乳がんの再発による入院中で認知症を伴い 施設に転所し看取った事例

【所属名：介護老人保健施設 スカイバード】

I はじめに

当施設は中間施設としての役割を持つが、がんでの看取りは年平均 1 名程度である。

最近では要介護度が高い入所者が増えてきている。入所者の年齢と身体状況から、次の施設への転所の待機期間を考えると、当施設での看取りの体制を整えておく必要を感じている。今回、全盲の重度障害者が乳がん術後の再発で、入院中に認知症を発症し、徘徊、暴言、独語、被害妄想等の周辺症状で入院の継続が困難になり、麻薬で疼痛コントロールをしながら当施設へ転所し、看取った事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代前半 女性 キーパーソン 長女

入所時：要介護度3

障害高齢者日常生活自立度：A2→B 認知症高齢者日常生活自立度：Ⅲb

既往症：全盲（20歳の頃に中途失明、目の感染による後遺症とのこと→本人と日常会話からの情報）、認知症（再発時の入院中に発症）、右鎖骨骨折（施設転所1ヶ月前にベッドで転倒）

現病歴：乳がん手術後の再発で前回手術を受けた病院に再入院する。入院中に認知症を発症し、周辺症状により入院生活ができなくなる。

【生活歴・家族状況】

本人の言葉から20歳の頃に中途失明、目の感染による後遺症で全盲となる。

結婚し4人の子をもうけるも、3人の子は死別し、長女のみ健在。長女は結婚し3人の子どもがいる。夫とも死別し独居。あん摩マッサージ師として働いていた様子。聴覚は良好、敏感である。

III 入所後の経過

【第1期：X年9月上旬～10月上旬まで】

協力病院からの依頼で入所。乳がんによる痛みが出現すれば再入院させるとのこと。

○病院から引き続き出された処方

- ・ がん性疼痛コントロールとして、オキシコンチン、ロキソニン、
- ・ 乳がんの治療薬として、アリミデックス

○施設医からの指示

- ・ 便秘症の治療薬、センノサイト処方
- ・ 入院中に転倒し右鎖骨骨折をしたが手術できず、そのままの状態です。そのままで過しているため、右上腕のROM訓練（リハビリテーション）が必要である。

○入所時から精神状態は、平穏と不穏の繰り返しである。

- ・ 不穏時は徘徊し暴言を吐き、食事、服薬、リハビリテーションを拒否する状況なので、拒否反応が強いため自分のペースで過してもらおう。
- ・ 服薬拒否するために、コントロールができていた左上腕の痛みが出現し、左腕のリンパ浮腫が目立ってきた。
- ・ 要食事介助状態に対し、食器や箸が持てないので、器や食事の形態を工夫した。

○認知症による、独語は続いている。

○長女は忙しくなかなか面会に来ない。

【第2期：X年10月上旬～11月上旬まで】

日中の臥床時間が増える。左上肢の浮腫著明、右上肢は鎖骨骨折による運動制限のため、胸より挙上できない。自力での寝返りが困難で体位変換が必要となる。

【第3期：X年11月上旬～2週間】

医師から長女にターミナルケアについての説明を行い同意書にサインを貰い、病院受診を勧める。

○全身浮腫が著明。暴言も少なくなる。飲水時にむせるためトロミをつける。食事の摂取量は1～8割とむらがある。パンを好む。

○医師の説明4日後に長女と受診。オキシコンチンの処方を受け一週間後に再受診し入院の予定となる。

○病院受診2日後に、外の空気が吸いたいと希望するので、玄関まで車椅子で散歩する。パンとコーヒーを美味しいと言いながら食べ、笑顔が見られる。夜勤では喘鳴があり時々吸引する。深夜から呼吸緩慢となり、明け方5時に心肺停止する。医師に報告、死亡確認される。

【まとめ】

病院から痛みが出現すれば病院に再入院する、との前提での入所であったが、再入院に至る前に当施設で最期を迎えられた。

紹介病院から麻薬の処方が出ていたが、疼痛コントロールができず、強い痛み訴える時もあった。長女に連絡しても忙しいと、面会に来られなかった。最期を何処で迎えるかを早い時期に本人に確認しておくべきであった。

また、これまでに、施設で使うことがなかった麻薬の管理に戸惑った。残った麻薬を病院に戻したところ、戻す必要がないと言われ処分に困った。

施設名 介護老人保健施設 湯来まつむら

理念

「安心と信頼の医療と介護」

利用者の一人ひとり身体と心の状態に合わせた、きめ細やかなサービスが提供できるよう、家庭的な雰囲気のもと、医師・理学療法士・看護師・介護職員・相談員・栄養士など専門スタッフが利用者の自立と家庭復帰を支援し、地域に開かれた施設を目指しています。

施設の概要

- 設置主体 名称 医療法人松村循環器・外科医院
所在地 広島市佐伯区湯来町白砂 590
- 入所定員 50名
- 介護度(人数) 要介護1(5), 要介護2(9), 要介護3(12), 要介護4(14), 要介護5(10)
- 平均在所期間 730日
- 職員体制 医師(常勤1名, 非常勤2名), 看護職員(看護師4名, 准看護師5名)
管理栄養士1名, 理学療法士1名, 作業療法士0名, 言語聴覚士0名,
介護支援専門員2名, 相談員1名, 介護職員19名
- 併設施設 湯来まつむらクリニック 湯来まつむら居宅介護支援事業所
- サービス ショートステイ, デイケア, 介護予防事業(ショートステイ・デイケア)
- 協力病院 医療法人松村循環器・外科医院, 湯来まつむらクリニック

施設の特徴

佐伯区の中でも高齢化が進んでおり、また、社会資源が少ない湯来町において、クリニック、介護老人保健施設の運営、デイケア、ショートステイ事業の実施をしている。地域の中核的な役割を担っており、地域の「かかりつけ医」としてだけでなく、緑豊かな自然に恵まれた環境の中で安心して療養できる環境の中、医療・介護の総合的な支援を行っている。

妻の急死で一時入所の予定であった軽度アルツハイマー認知症の患者で、肺がんが発見され当施設で看取った事例

【所属名：介護老人保健施設 湯来まつむら】

I はじめに

当施設では過去5年での看取りが10例、うち4例はがん患者（前立腺、肺、肝臓がん（2））であった。

介護老人保健施設でも医療依存度が高い入所者が増えている。

今回、入所まもなく体調を崩し検査で進行した肺がんが見つかり、末期がんと診断される。その後、長男は残された時間をできるだけ共に過ごしたいと、施設から出勤し夜は父のベッド側で過ごされていた。次第に身体状況が衰弱する中で、長男に見守られながら穏やかに永眠された事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代 男性 キーパーソン 長男

入所時：要介護度1 → 区分変更 → 要介護度3

障害高齢者日常生活自立度：J→B

認知症高齢者日常生活自立度：Ⅱb→Ⅲa

既往症：特になし

現病歴：元来元気であった。妻と二人暮らしをしていたが、軽い物忘れがみられ、アルツハイマー型認知症と診断された。妻一人での介護が大変になるだろうと、長男家族と同居するため、家を新築する矢先に妻が急死した。ケアマネジャーからの紹介で3ヶ月間の予定で入所する。

【生活歴・家族状況】

他市在住、小さい会社に勤めていた。結婚し二人の息子に恵まれた。会社も次第に大きくなり役職に付き指導的、管理的立場で定年まで勤めた。二人の息子は各々独立して生活している。性格は温厚。

III 入所後の経過

【第1期：X年8月中旬～9月末】

個室に入所する。入所後、物忘れが目立ち次第に激しくなってきた。A氏は物忘れで困るとスタッフに「ちょっと教えてくれる？」と尋ねる。他人の部屋に勝手に入出入りし、施設中を歩き回る。夜勤のスタッフが巡回していると「戸締りしたか？」、「大変だな。気をつけて！」等々心配し声をかけてくれる。トイレ、入浴、食事などの日常生活には問題はない。長男が毎日面会に来たが、息子が来たことも直ぐ忘れてしまう。妻が亡くなったことも判らない。妻のことを聞いても「さあ～」としか返ってこなかったが、毎

日機嫌よく過していた。入所約2週間後に急に体調を崩し、肺炎様の症状が出現した。胸部X-Pで進行した肺がんが判明し、末期がんと診断された。

【第2期：X年9月末～10月中旬】

末期の肺がんが診断され毎日医師の回診が行なわれた。微熱、咳が続いた。トイレや食事は自立していたが食欲は次第に減退し、ベッド上で過ごすことが多くなってきた。

【第3期：X年10月中旬～11月初旬】

医師と長男・次男と面談し、施設での看取りを決める。

医師から現状とこれからについて説明があった。

○がんによる痛み、呼吸困難等の症状が出現する可能性があること。

○点滴、酸素吸入、解熱剤（坐薬）、痛み止めなどで対応する。

○痛み止めに施設では麻薬は使えないので、非麻薬の鎮痛剤を使用する。

○急変時は医師から家族に連絡する。

○10月下旬より長男が泊まり病院から出勤するというので、ベッドを用意する。

○食欲減退と同時に飲水量も少なくなってきたので、点滴（250ml×2）を開始。死亡前日看護師の介助で飲水し、食事もある。状態が持ち直したように見えたが翌日努力呼吸が出現する。長男の職場に連絡する。

医師、看護師、介護士が見守る中、職場から駆けつけた長男の「よう頑張ったねえ～、もう頑張らなくていいよ。」の声かけで、息をひきとる。入所から2.5ヶ月で人生の幕引きをされた。

【まとめ】

介護老人保健施設にがん患者が入所すると、当時は疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用は保険算定が認められていなかった。また、老健では麻薬等の高価な薬の外付けの費用は施設の経営を圧迫する。麻薬が使用できず、看護師、介護士は痛みの出現に対し、常に不安を感じながらケアする日々であった。その後の改正により、がん患者に対し保険で算定できる薬剤が拡大された。これからはA氏のような、がん患者を安心して引き受けられる環境づくりが必要である。麻薬を使いやすい制度の見直しも重要である。

施設名 介護老人保健施設 ふぁみりい

理 念

- 1 利用者及び家族には安定した質の高い日常生活が送れるよう、サービス計画に基づき生活リハビリテーションを行う。また、利用者、家族の抱える不安の軽減に努めながら精神的安定を図り、生きがいつくりの援助を行う。
- 2 全人的医療及びケアに努め、利用者及び家族が健康的な生活が送れるよう援助する。
- 3 利用者、家族の自己選択を基本に総合的ケアサービスを提供する。
- 4 利用者の意志尊重及び人権尊重し、明るく家庭的な雰囲気をもってサービスの提供をする。
- 5 独立型老人保健施設として他の医療・保健・福祉機関と連携を図り、地域のニーズに幅広く対応し、「地域に開かれた施設」を目指す。
- 6 施設職員は専門職としての資質の向上に努め、心身の健康に留意し利用者へ常に懇切丁寧な態度で接すること。
- 7 全職員は、一致協力して介護保険の目的達成のための努力を惜しまない。

施設の概要

- 設置主体 名称 医療法人社団緑陽会
所在地 福山市神辺町道上中ノ町 2977-1
- 入所定員 70名
- 介護度(人数) 要介護1(4), 要介護2(12), 要介護3(18), 要介護4(7), 要介護5(23)
- 平均在所期間 617日
- 職員体制 医師(常勤1名, 非常勤0.8名), 看護職員(看護師5名(常勤2, 非常勤3), 准看護師5名(常勤)), 管理栄養士1名, 理学療法士2名, 作業療法士2名, 言語聴覚士1名, 介護支援専門員1名, 相談員1名, 介護職員23名
- 併設施設 居宅介護支援事業所, 在宅介護支援センター
- サービス ショートステイ, デイケア, 介護予防事業(ショートステイ・デイケア)
居宅介護支援
- 協力病院 亀川病院, 小畠病院, すがなみ歯科

施設の特徴

介護老人保健施設の理念と役割

- 1 包括的ケアサービス施設
- 2 リハビリテーション施設
- 3 在宅復帰施設
- 4 在宅支援施設
- 5 地域に根ざした施設

介護老人保健施設の理念と役割を果たすべく、次の取り組みを行っている。

◇他職種チームで利用者の意思を尊重した、早期の在宅復帰や自立した在宅生活の継続支援を行うとともに、家族や地域住民との交流や行政、保健・医療・福祉機関との連携を図ることにより、地域と一体となったケアの提供を行っている。

アルツハイマー型認知症の左腎臓がん入所者を看取った事例

【所属名：医療法人社団緑陽会 介護老人保健施設ふぁみりい】

I はじめに

アルツハイマー型認知症に進行性胃がんの既往があり、妹と2人暮らしをしていた。妹が入院したため、在宅生活が困難となった。

急遽、当施設に入所することになった。入所後2年4ヶ月間比較的元気に過していたが、左腎臓がんを発症し、当施設で看取った事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 90歳代前半 女性 キーパーソン 長男

入所時：要介護度1

障害高齢者日常生活自立度：A2 認知症高齢者日常生活自立度：II

既往症：完全房室ブロックにてペースメーカー埋込み術、

現病歴：入所1年ほど前よりアルツハイマー型認知症、進行性胃がん（治療はせず）妹の介護で在宅生活をしていたが妹が体調を崩し入院したため急遽、施設に入所となる。

【生活歴・家族状況】

当地で結婚し子供達はそれぞれ独立し、夫と死別後は一人暮らしをしていた。

高齢になり、体調にも少しずつ変化が見られ、見守りが必要になってきたため妹と同居し妹の介護を受けていた。

III 入所後の経過

【第1期：X年11月～X+2年4月まで】

入所時にはシルバーカーで歩行可能。認知症のため声かけ・見守り・軽度の介助が必要ではあったが、バイタルサインは安定し、食欲良好で消化器症状は見られず比較的元気に過していた。

【第2期：X+2年7月～X+3年4月まで】

排尿状態が悪く病院受診する。検査の結果、左腎臓がんと診断される。次第に食欲が低下し全身の栄養状態が悪くなる。

○家族（長男）への説明を行なう

① 栄養状態改善のために経管栄養を開始する

② 延命処置の確認（家族は希望しない）

1ヶ月後、経口摂取困難となり栄養状態悪化したため経管栄養を開始する。さらに1ヵ月後、寝たきり状態となる。主治医より延命処置の確認を行なうが希望せず。寝たきり状態になって8ヶ月間、一進一退の状態を経過する。

【第3期：X+3年5月～7月まで】

血尿が続く。全身状態が悪化傾向にあるが、本人からの苦痛の訴えなし。

○医師から家族への病状説明と確認

- ・最期には病院での治療を希望するか、最期まで施設で過すか → 家族は施設で看取って欲しいと希望する。
- ・さらに1ヶ月後に施設での看取りについて再確認 → 家族の意向変わらず。
- ・その1ヶ月後に呼吸状態に変化が見られ危篤状態であると家族に連絡をする。
医療処置を行わず、担当者、看護師2名、医師1名、家族に看守られ穏やかに永眠される。施設スタッフ一同でお見送りをする。

【まとめ】

認知症があり、その都度の会話は可能であるも記憶や理解力の低下があり、そのため、病状の悪化について、本人が精神的に落ち込むことは見られなかった。その時、その時の状況で「今日は起きてレクリエーションに参加したい」、「今日はしんどい」との訴えがあり、それに応じて対応した。

認知症があることで、病状が理解できなかつたり、病状をうまく訴えることができない面はあるが、精神的ダメージは少なかったと思われた。

進行性胃がんを持ちながらの入所で、消化器症状の出現には、日々細心の注意をはらいながらケアしてきた。排尿障害の出現で左腎臓がんと診断され、がんからの苦痛症状で、QOLを下げないようにと心がけた。家族への対応が、スタッフ間で異ならないように、主治医から家族への説明内容を共有するように努めた。

今回のAさんは、幸いにして痛みを訴えることはなかったが、施設でもがん患者に対して適切な疼痛緩和ができるように専門的知識・技術の必要性を感じた。

施設名 公立みつぎ総合病院 介護老人保健施設「みつぎの苑」

理念

地域包括医療・ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり
地域包括ケアシステムの構築により、保健・医療・介護・福祉サービスを提供し、地域のニーズに応えます。

施設の概要

- 設置主体 名称 尾道市
所在地 尾道市御調町高尾 1348-6
- 入所定員 150名 平成23年9月現在 148名入所
- 介護度(人数) 要支援1(1), 要支援2(-), 要介護1(10), 要介護2(28), 要介護3(30), 要介護4(32), 要介護5(47)
- 平均在所期間 117.2日
- 職員体制 医師(常勤1名, 非常勤0名), 看護職員(看護師15名, 准看護師0名)
介護支援専門員15名, 相談員28名, 介護職員66名,
理学療法士4.9名, 作業療法士3名, 言語聴覚士1.8名, 歯科衛生士0.4名, 管理栄養士1名
- 併設施設 診療所併設型(保健福祉総合施設リハビリテーションセンター)
ケアプランセンター「ふれあい」
- サービス 短期入所療養介護(ショートステイ), 通所リハビリテーション(デイケア),
訪問リハビリテーション
- 協力病院 公立みつぎ総合病院

施設の特徴

「みつぎの苑」は、(1) 包括的ケアサービス施設, (2) リハビリテーション施設, (3) 在宅復帰施設, (4) 在宅生活支援施設, (5) 地域に根ざした施設の5つの機能を遵守し、多職種が連携しながら次のような支援を行っています。

病院退院後や在宅介護が困難となった方々の家庭復帰をめざし、その後の在宅ケア支援も行います。また、在宅復帰後の生活支援のために、短期入所療養介護(ショートステイ)や通所リハビリテーション(デイケア), 訪問リハビリテーションを実施し、リハビリテーションを継続するとともに、居宅介護支援事業所を併設して、在宅ケアを支援しています。

施設での看取りを家族が切望し、当施設で初めて看取った事例

【所属名：公立みつぎ総合病院 介護老人保健施設「みつぎの苑」】

I はじめに

当施設では、看取りに対応できる施設として検討していたが、医師の配置が困難な状況になった。看取りの体制が表示できない状況下で、入所2年を経過していた入所者の家族から、最期までお願いしたいとの申し出があったが、当施設での看取りは難しいと伝えた。

身体状況の変化が目立つようになり、医師から家族へ身体状況の説明が行なわれた。

家族から再三の「最期までお願いしたい」との希望に、主治医は協力病院に、施設での死亡後の支援を依頼した。了解を得たことで、自然な経過の中で、安心して適切な看護・介護ケアを行うことで、初めての看取りができた事例を報告する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代前半 女性 独居 キーパーソン 長女

入所時：要介護度2 → (2年後) 要介護3 → (その1年後) 要介護度4

障害高齢者日常生活自立度：B 認知症高齢者日常生活自立度：無 → II b

病歴：70歳代前半、地域の基幹病院で脳動脈瘤閉塞術を受ける。この時の検査で慢性C型肝炎を指摘され、治療開始する。糖尿病も含めて定期的検査入院をしていた。

自宅で転倒し左大腿骨転子部骨折、左上腕骨頸部骨折で当施設の協力病院に入院。入院中の検査で肝硬変、肝臓がんが見つかる。同病院リハビリテーションセンターに転院後、一人暮らしのため、自宅への退院は困難、当施設に入所する。

【生活歴・家族状況】

当地で結婚し、2子（長女・長男）をもうけた。長女が他県（遠方）に嫁ぎ、長男も姉が住む隣県で家庭をもち独立した。夫婦二人暮らしをしていたが、夫の病死後一人暮らしとなった。

III 入所後の経過

【第1期：X年5月～X+2年6月まで】

長女の希望でユニット型個室に入所。疾病はこれまで通り協力病院が担当。大腿骨骨折後で車椅子生活ではあるが、自走可能で排泄はポータブルトイレで自立している。入所2年1ヶ月間は肝硬変、肝臓がんの病態は安定していた。

【第2期 X+2年6月～9月まで】

糖尿病悪化のため、協力病院で血糖コントロールのために入院治療後、施設に戻る。家族（長女）は、このまま最期まで施設でお願いしたいと希望される。

移動は車椅子での介助となる。病状に応じてベットサイドでのリハビリテーションは継続する。認知症が出現し反応が悪く、嚥下障害が見られ、食事の工夫が必要となる。

認知症高齢者日常生活自立度Ⅱbとなる。

【第3期 X+2年10月～2週間】

食事摂取困難となり栄養状態が悪化する。長女夫婦に医師から病状説明を行なう。

長女の「最期まで施設で」の希望を受けて、医師からの病状説明内容は、「このまま施設で様子を見るか、入院して治療を受ける方法もある」と家族の意向を確認する。家族は苦しませないで、このまま施設で見て欲しいと再度希望する。

2週間後腹水貯留し身体状況はかなり厳しくなる。長女も度々面会に来て身の回りの世話をする。その都度、医師からの病状説明と、この施設での看取りに変わりがないことを確認し施設で看取ることにした。

厳しい状況時の対応として、死亡の確認と死後の処置等を協力病院に依頼し了解を得て、看護・介護職員の「看取りの体制」を整えた。全身状態、排尿量などに変化があれば職員間での情報を共有し主治医にも報告した。

その一週間後、長女夫婦の面会後に帰りかけた時、呼吸状態に変化が現れた。

協力病院に連絡後、呼吸停止状態となったため協力病院に搬送した。

死亡確認と死後の処置を実施してもらった。

【考 察】

今回家族の強い要望に応える形で看取りを試行的に実施したが、当施設として看取りをこれからも継続的に実施することは、介護老人保健施設の特養化を助長するのではないかなどの異論も多く、具体的な体制づくりができていない。今後、専門委員会などを設置して検討を行っていく必要がある。

施設名 認知症グループホーム ありがとう

理念

「感動を生むケア」

施設の方針

- ・ これからの介護を提供し続けます
充実した生活が送れるよう、少しでも前に進むケアを提案し続けます。
- ・ あたり前の生活+ α
利用者本人のあたり前の生活づくりにとどまらずプラス α のケアを提供します。
- ・ レベルの高い介護を提供
一般の生活介護に加え、「回想法」「音楽療法」「園芸療法」「動物介護療法」「理学療法」「作業療法」「タクティールケア」「パーソンド・ケア」「フットケア」「口腔ケア」「バリデーション」「シンプルカンフォーツ」などを提供します。

施設の概要

- 設置主体 名称 (株) QOL サービス
所在地 福山市春日町浦上 1205
- 入所定員 18名
- 介護度(人数) 要介護1(2), 要介護2(2), 要介護3(6), 要介護4(2), 要介護5(6)
- 平均在所期間 平均3年3ヶ月
- 職員体制 医師(常勤0名, 非常勤0名), 看護職員(看護師1名, 准看護師1名)
介護支援専門員3名, 相談員0名, 介護職員16名
- 併設施設 小規模多機能居宅介護, 訪問介護事業所
- サービス ショートステイ, 小規模型デイサービス, 認知症対応型デイサービス
- 協力病院 石原内科胃腸科: 医療の提供及び相談 往診(1回/月)
ふじもり医院: 往診(1回/月), 受診
青葉台クリニック: 往診, 受診
法宗医院: 主治医が不在時の対応
医師会訪問看護ステーション

施設の特徴

- 充実したスタッフ体制で高品質のケアを提供しています。
- 豊富な活動で豊かな生活を支援します。
 - ・ 介護福祉士, 看護師, など国家資格を持っているスタッフが充実しており, 重度になっても安心して生活していただけます。
 - ・ できるだけトイレ誘導での排泄に取り組んでいます。
 - ・ 家族と相談しながらその人らしい誕生会の開催や家族を交えての年1回の旅行などを行っています。

アルツハイマー型認知症で入所後に胃がんを発症し 施設で穏やかに看取った事例

【所属名：(株) QOLサービス グループホーム ありがとう】

I はじめに

開設を待って近くの居宅支援事業所から、紹介された徘徊を周辺症状に持つ在宅療養中のアルツハイマー型認知症を受け入れ、9ヵ月後に胃がんと診断された。スタッフが心配する中で、がん末期の症状もなく比較的穏やかに1年半をグループホームで過ごし、看取った事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代後半 男性 キーパーソン 長女

入所時：要介護度4

障害高齢者日常生活自立度：ランクJ2、 認知症高齢者日常生活自立度：IV

既往症：胃潰瘍（入所約1年前）

現病歴：80歳代半ばごろからアルツハイマー型認知症と診断され徘徊症状が出現する。

B病院に通院していた。認知症発症3年後に吐血しC病院で胃潰瘍と診断され入院加療する。退院後在宅生活も困難となる。

【生活歴・家族状況】

隣接する市に居住。若い頃事業を起こし社長として会社は順調に大きくなっていった。後輩に社長業を譲り、会長として会社を見守ってきた。認知症発症までは妻と長女の3人で穏やかに暮らしていた。妻も認知症を発症している。孫娘はアメリカ在住。

III 入所後の経過

【第1期：X年1月～X+2年4月中旬まで】

個室に入所する。食事摂取は自立し食欲良好で徘徊は少なくなり、日中は施設内をぐるぐる歩き回るが特に問題はなく、機嫌よく笑顔で過していた。時々発熱するが嘱託医の診察と処方薬で治まっていた。認知症を発症した妻が、日中デイサービスに参加すると一緒に過ごすこともあった。入所9ヶ月目に、インフルエンザに罹患しC病院に入院する。

その時、胃がんが発見されるが、高齢で手術の適応ではないと言われた。認知症の妻のこともあり長女の希望もあって、インフルエンザ治癒後グループホームに退院する。

その後、特に症状はなく1年半近く機嫌よくホームで過していた。

性格は温厚で穏やか、おしゃれなパジャマを着用し起床すると必ずスーツに着替えた。長女が家から持ってきてスーツに着替えさせ、着替えたスーツはクリーニングに出し、A氏の生活歴と好みを尊重し服装に気を配っていた。

【第2期：X+2年4月中旬～4月下旬まで】

2年2ヶ月過ぎ、微熱が出るようになる。微熱が続き徐々に活気がなくなり、食事摂取量が減少してくる。自力での食事摂取ができなくなり、ベッド上での生活が多くなり傾眠傾向が強くなる。

【第3期：X+2年5月～5月17日まで】

5月上旬、両下肢に浮腫が出現し2日後には歩行困難となる。状態が悪化傾向にあることを長女に連絡する。長女は数日前より腰痛のために治療中で、面会できる状態ではないとのこと。点滴の開始となった。その翌日、腹部膨満著明で白血球が上昇し、貧血状態にあり。原因不明とのこと食事中止し水分のみとする。さらに4日後は、足背部の浮腫が増強し、発熱、呼吸状態悪化し酸素吸入を開始する。状態説明を主治医が長女にその都度電話で行った。

翌日夕方やっと動ける様になったと長女が面会に来る。その後、血圧低下し呼吸緩慢となり20時過ぎ長女に看取られ永眠される。医師により死亡確認される。

【まとめ】

長女の強い希望に、何とかその思いに添いたいと職員一同が情報を共有しながら、時間があれば庭の散歩や他の入所者との交流を図った。認知症の妻がデイサービスに参加した時は一緒に過せる時間を作りQOLの維持・向上に努め、最期まで当ホームで過してもらうことができた。特にA氏が重篤な状態になった時、長女が体調を崩し面会ができない状況になっていたため、家族に看取られることが、できないのではないかと心配したが、突然の長女の面会を待っていたかのような劇的な最期に感動した。

しかし、グループホームでは、強い身体症状や医療ニーズがある場合には、対応が難しく生活支援が困難となり、職員の不安も強く限界がある。本人・家族の希望に添えず最期まで過すことが難しい現状も多い。

施設名 認知症グループホーム ふれあい

理念

高品質の医療・看護・介護の提供を目指して

質の高い、医療・看護・介護を提供することにより、一人ひとりの個性や考えを尊重したケアを目指します。

経営理念

・良質のサービス ・幸福な人生 ・まごころこめて ・向上心

こんな施設づくりを目指しています

・自分たちが利用したい ・自分の家族の世話をぜひ任せたい

施設の概要

- 設置主体 名称 医療法人好縁会グループ
所在地 東広島市西条町寺家 7432-1
- 入所定員 18名
- 介護度(人数) 要介護1(1), 要介護2(4), 要介護3(4), 要介護4(4), 要介護5(5)
- 平均在所期間 1,490日
- 職員体制 管理者1名, 介護支援専門員1名, 相談員1名, 介護職員15名
- 併設施設 居宅介護支援事業所, 訪問看護ステーション, 訪問介護事業所, 介護付有料老人ホーム
- サービス ショートステイ, デイケア, デイサービス
- 協力病院 井野口病院, 下山記念クリニック

施設の特徴

家庭的な雰囲気の中で、当たり前の日常をお互い助け合いながら共同生活しています。時には町に出て、地域の方や自然とふれあいながら生活しています。認知症高齢者のケアを良く知っている顔なじみのスタッフが生活を共にしながら、一人ひとりの意向に添ったお世話をします。園芸療法を行っており、自分達で育てたやさいを自分達で食べて喜びを味わっています。

アルツハイマー型認知症の食道がん入所者を看取って

【所属名：医療法人好縁会 グループホーム ふれあい】

I はじめに

当グループホームでは初めての看取りであった。アルツハイマー型認知症で入所後、食道がんを発症したが、外部サービスの訪問看護ステーションと契約し、その支援で穏やかな最期を家族とともに看取ることができた事例を紹介する。

II 事例紹介

【基本情報】

A氏 80歳代後半 女性 キーパーソン 妹

入所時：要介護度1→5

障害高齢者日常生活自立度：J→C 認知症高齢者日常生活自立度：Ⅱb

既往症：アルツハイマー型認知症（認知症の薬服用中）

【生活歴・家族状況】

夫と死別後一人暮らしであったが、軽い認知症が出現しケアハウスで暮らしていた。子どもはなく、妹を頼りにしている。

III 入所後の経過

【第1期：X年1月～X+2年12月まで】

個室に入所する。ADLはほぼ自立し栄養状態良好。嗜好としてトマトを嫌ったが、精神状態が不穏の時はトマトも食べる。

身体状況は時々胸痛を訴え、内服薬（ボルタレン）やフランドールテープ、湿布薬が処方されている。元気に過していた。

【第2期：X+3年1月～4月まで】

食後、胃の内容物や粘液が逆流し吐くようになった。病院受診し検査の結果、食道がんとの診断、余命3ヶ月と説明される。

家族（妹）の「できるだけ苦しめない様に、眠るように逝って欲しい」との意向を受けて、緩和ケアの方向で対応することとなる。主治医より訪問看護の契約を行い24時間対応の体制を整える。閉眼して臥床しているが、顔をしかめている事が多い。デュロテップパッチを貼付し、内服薬は中止する。

※デュロテップパッチは鍵がかかる金庫に保管

【第3期：X+3年5月～5月中旬】

訪問看護でSPO₂の測定、ブドウ糖の点滴を行ない、通常の勤務体制で見守りを強化した。亡くなる10日前から妹家族が交代で泊まりこみ見守る。亡くなる当日は、職員、管理者、ご家族2名に見守られて穏やかに息を引き取られた。葬儀には職員数名が参列した。

【まとめ】

当施設のニューユニット内での初めての看取りであったが落ち着いて対応ができた。

訪問看護のサポートで医療との連携がうまくとれた，外部サービスとの連携は重要と感じた。家族からグループホームの看取りの対応に喜ばれた。

息を引きとられる前日入室したスタッフの顔を目に焼き付けるかのように，それまで閉じていた目を，パッと開けてじっと見られていた。その目はお別れのお礼を言われているかのような眼差しであったことが職員一同忘れることができない。