

○第2分科会 「看取り、終末期分野」

地域包括ケアシステムが深化し、地域医療構想の中では病院の機能分化が進み、効率的な医療提供体制を実現するよう求められています。入院期間が短縮されるこの時代に、在宅での看取りがますます増加していきます。私たち介護支援専門員は、「住み慣れた地域で最期まで暮らす」ことを支えることができる知識と技術、連携力を必要とされています。このセッションでは、看取りにおける介護支援専門員の役割について検討します。

キーワード：ACP（アドバンスケアプランニング）、人生会議、ターミナルケア、緩和ケア、独居の方の看取り、施設での看取り、看取り期における医療者との連携、死の概念の捉え方、看取り期の多様なサービス利用、グリーンケア、ターミナルケア加算（居宅）、がん末期、非がん末期の看取り

- (1) 「序章 ACPへの取り組み」
～もしもの時にツナギ手に～
- (2) 「独居高齢者の『在宅死』の意思を尊重して」
～「最後まで自宅で過ごしたい」との希望を叶えるために～
- (3) 「データ分析により終末期のケアマネジメントを振り返る」
- (4) 「二つの事例を通して支援者の成長を考える」
- (5) 「人生の最終段階における意思決定支援にどう関わればいいのか？」
～命の選択の場面でケアマネジャーができること～
- (6) 「生活困窮かつ独居高齢者の在宅看取りを支援する介護支援専門員の役割について」
～現代社会に在る家族問題と意思決定支援の狭間で～

序章 ACP への取り組み

～もしもの時のツナギ手に～

大阪府 ケアラーズ 主任介護支援専門員 大谷加奈子

【目的】

多くの方は余命を告げられた時、重い疾患や深い悩みをもった時などに、死をイメージする機会となる。普段から自分の残りの命がどれくらいあるのかを意識して生きている方は少ない。そのため「ACPは自分には関係ないもの」「その時に考えればいい」と思われる方も多い。ケアマネジャーもまた看取りやがん末期、疾患が重篤化している利用者を担当した時に ACP を意識するのではないか。しかし担当している利用者の急な病変により意識障害で最期の過ごし方を伝えることができずに亡くなってしまいうケースや延命処置への判断に悩まれる家族。ACP はライフスタイルや生活歴、気がかりなこと、譲れないこと、価値観などの思いを合わせる過程が重要となる。その大事な場面に数多く立ち会うことができるのがケアマネジャーであり ACP の実践者の一人であると考え。そこで3年間の取り組みの中で印象に残った3事例について振り返りを行い、今後の取り組みへの課題としたい。

【倫理的配慮】

事例発表に関して、発表目的と個人情報保護について関係者各位に説明し発表の同意を得た。

【対象及び方法】

担当している利用者へアセスメントやモニタリング、誕生月などの節目を利用し、5項目（最期を迎える場所、心肺蘇生、人工呼吸、胃ろう、その他）について聞き取りをした。

【結果】

事例1. Aさん 80歳代後半 女性

AさんはH30年4月に急性骨髄性白血病を発症し入院時に家族と一緒にICを受けた際に「延命処置はしない」と公表されていた。発症までは変形性膝関節症のため週1回リハビリデイを利用したり、近所の公園へ毎朝ラジオ体操に出かけるなどアクティブに過ごされていたが、突然の発症で戸惑いながらも普段より最期の迎え方を決めておられたこともあり、2回の聞き取り内容に変化はなかった。入退院を繰り返しながら抗がん剤治療を継続されていたが、8クール目の入院中の早朝に急変し永眠された。前日は家族の面会や読書を楽しまれるなど普段通りに過ごされていたため、家族にとっては突然の出来事であった。医療機関より連絡を受け、駆けつけた長女に延命処置の確認があったが、普段より「延命処置はしない」と聞いていた長女であっても、その時は急なことで「判断できない」と返答してしまったと亡くなってから伺った。

事例2. Bさん 90歳代後半 女性

Bさんは腰椎圧迫骨折のため歩行が不安定となり自宅浴室での入浴ができずデイサービスの利用を希望され支援を開始した。長女に先立たれて、孫の世話になっていたこともあり、「いつ死んでもいい」が口癖であった。長年患っていた肺気腫の悪化により入院15日目で亡くなったが、入院3日前に聞き取りを行った内容は「延命処置はしない、いつ死んでもいい、どこで死んでもいい、口から食べたい」と普段の思いと変わらなかった。入院時の状態は酸素マスクをつけてもSP02 80%のため、Bさんが一番望んで

いた口から食べたいという思いを叶えるためには鼻腔カニューラに変更する＝酸素濃度が下がり呼吸困難に陥るという状況で数日間絶食が続いた。Bさんは90歳代後半であったが、1か月以上先の受診日の記憶や判断力、行動力はしっかりしており、最期の過ごし方についてBさんの意思を尊重してもいいのではないかとケアマネとしての思いもあったが、主治医より孫へ、延命か呼吸を楽にしてあげるかの選択を迫られ、悩まれる結果となった。

事例3. Cさん 80歳代前半 男性

10年以上前より妻への支援を開始していたが、夫が最近自転車で出かけると転倒しケガをして帰ってくるようになってきたという訴えより、通院介助目的で支援を開始した。担当3か月目頃より状態が急変し臨時で受診したり救急搬送されることが続き入院15日目に永眠された。入院当初は病院での治療ではなく療養型を勧められるぐらいの状態であった。子がいなかったため利用者の兄弟から治療方針に対して様々な意見があった。亡くなった後も妻からは「お父さんどう思ってたのかな？どうしてあげたらよかったのかなあ、私わからなかった。」と流涙しながら何度も繰り返し話された。

【考察】

事例1は疾患から死をイメージする場面があったのと本人が元々延命処置をしないと自己決定していたのに加えて入院をしたのをきっかけに家族にも意思を伝える場面があったが、突然急変したことにより家族が動転してしまい、本人の意思を伝えることができなかった。しかし、亡くなった後に本人が延命処置をしないと意思表示していたことを双方で確認することで家族の判断に悔いが残らない結果となった。

事例2は本人の意思決定能力はあったが、主治医は孫に判断を委ねられた。口から食べたいとの思いを叶えさせたい反面、呼吸困難な状況となり苦しめてしまう。呼吸を楽にしてあげたい＝死を選択することになる。ケアマネからは「あ

くまでもこの時点ではこのような思いを話されていた」と本人の思いを伝えることしかできなかったが、家族が一人で抱え込まないよう家族に寄り添うためにもACPの重要性を実感した。事例3については、長年妻への支援を行っていたのと、担当してから短期間で急変してしまったことで聞き取るタイミングを逸してしまった。また家族も延命処置や最期の迎え方を話し合う機会を持ったことがなかった。亡くなった後も妻の後悔の思いを何度も聞き、ケアマネとしても聞き取りのタイミングを逸してしまったことを悔やむ結果となった。

【結論】

ACPは①意思表示、②意思決定、③意思実現の3つのステージから成る。医療従事者が行うACP導入のタイミングは背景疾患により若干異なる。大きくは最期の数か月で急激に機能が低下するがん疾患と、急性増悪を繰り返しながら徐々に機能が低下し、最期は比較的急な低下をたどる心臓や呼吸器などの臓器不全、そして、機能低下の状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が落ちていく認知症や衰弱とに分けられる。3事例とも認知症はなかったが、認知症の場合、本人の意思が反映されるよう、なるべく早い段階、あるいは安定した暮らしを続けている時にこそ話し合いが重要となる。普段より、延命処置は希望しないと言われている方に具体的に点滴は？経管栄養は？心臓マッサージは？との聞き取りをすると、改めて最期の迎え方を考える機会となり、きちんと家族と話し合わないといけないという思いを持っていただける。本人の置かれている状況が変われば人生観、価値観に当然変化がある。その時々本人にとっての最善を知ること、伝えることができるのがケアマネジャーであり、本人の望む暮らしの先にある最期の時まで支援していきたい。

独居高齢者の『在宅死』の意思を尊重して

～「最期まで自宅で過ごしたい」との希望を叶えるために～

○南丹市社会福祉協議会 ほほえみ八木居宅介護支援事業所 國府 美幸

I. 要旨

一般に独居高齢者の在宅死は看取る家族がいない為、困難と思われている。今回、独居高齢者が自宅で逝去されたケースを『「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築』で示された表 30 に当てはめ、振り返りを行った。

II. 研究目的

独居高齢者の在宅死を実現できるモデルであるかを検証し、今後の独居高齢者の看取り支援につなげていく。

III. 研究方法と倫理的配慮

介護支援専門員（以下 CM）と関係機関が行った支援を看護モデルの 3 つの中核カテゴリーにまとめ、さらに小カテゴリー別に細分化された表に当てはめて検証を行った。

なお本発表は、親族から同意を得、倫理的配慮を行う。

《事例概要》

A氏、90歳代前半女性、介護2→4。認知症自立度Ⅱb、生活自立度C2。廃用症候群・左大転子部褥瘡・うっ血性心不全。子どもはおらず、夫死去後独居。府外に姪が在住。80歳代後半よりヘルパーの生活支援のみ利用。以前より支援者や姪の話に耳を貸そうとせず、ADL低下後も支援者や姪が思う「必要なサービス」を受け入れようとしなかった。

IV. 研究結果

中核カテゴリー①【本人が今のままで過ごせるよう工夫しながらケアする】では、四つ這い移動時の動線の安全を確保し、布団周辺に大切な物を集めた。また自宅の施錠方法を姪と決め、チームで共有した。併せて冷暖房の操作やゴミ出しをヘルパーが支援した。A氏の希望に合わせたメニューを用意し、ギリギリまで食事を摂ることができるようにした。CMはサービスの必要性の説明のみを行い、ヘルパーや訪問看護師にA氏が承諾をつぶやいた際にサービスにつなげた。支援の方向性に疑問の声があがる中、「在宅死」に向けた目標の共有を複数人で複数回行った。訪問診療に切り替え、姪には「A氏

の在宅死の意思がかたいこと」「一人で亡くなる可能性があること」を主治医より説明してもらった。CMは姪の精神的疲労を受け止め、死期に向けての状態変化を説明し、姪へ頻回な状態の報告を行い、さらに死後のエンジェルケアの方法も姪と事前に話し合っていた。

中核カテゴリー②【生活状況から苦痛の程度を判断し、緩和する】では、食事摂取量や服薬状況、排泄状態を記録するノートを作り、関係機関で共有し、そのノートで訪問診療時に主治医に現状を的確に伝えることができるようにした。全事業所の緊急連絡先をA氏宅に貼ることで、現場から関係事業所とやり取りすることができるように体制を整えた。A氏の死期が近づき、訪問介護・訪問看護の増回、ベッド導入に切り替え、A氏と介助者の負担軽減として、移動用シートの使用方法を伝えた。

中核カテゴリー③【誰もが納得した最期を迎えられるように専門職／非専門職を含めたチームケアを推進する】は容態の伝達方法をヘルパー⇒訪問看護師⇒主治医と決め、チーム内や姪と共有し、金銭管理はA氏から姪に移行させた。死期に向けての状態・兆しを共有ノートに張り付けたり、ヘルパー事業所内で看取りの学習会を開いたりすることで、ヘルパーの不安の相談に応じた。民生委員にA氏の現状、支援方針・異変時の連絡体制を共有し、訪問時には、A氏の思いを聞き取ってもらった。また、災害時の見守りや避難支援を依頼した。

V. 考察および結論

死期の症状が出始めたヘルパーより報告があり、訪問看護師が訪問する。訪問看護師より主治医に報告し、同時に姪に連絡し、来訪される。支援者も訪問し、A氏は息を引き取った。その後主治医が訪問し、死亡確認を行い、エンジェルケアを訪問看護師が実施した。

今回行った支援を小カテゴリーと照らし合わせると、①では50項目中39項目、②では15項目中15項目、③では27項目中23項目を実施した事になった。

以上のようにモデルに沿って支援すること

で、独居高齢者の「在宅死」が可能であることが検証できた。今後、独居高齢者が在宅死を希望した際、この看護モデルを活用し、支援計画に反映させ、支援を行っていきたい。

最後に、A様のご冥福をお祈りすると共に、今回の発表に理解を示してくださった姪様に感謝申し上げたい。

《参考文献》

東京女子医科大学看護学部教授 水野敏子他
(2016)『「独り暮らし」高齢者の在宅死を可能にする終末期看護モデルの構築』科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）報告書

データ分析により終末期のケアマネジメントを振り返る

大阪府 北摂総合病院ケアプランセンター 主任介護支援専門員

○小林宏明 坂本貴政 福井利行 田村健人

(目的)

日本の在宅死亡率は2017年の人口動態調査において13%であるが、2012年の内閣府調査において、国民の55%が「最期を迎えたい場所」について、自宅を希望している。(図表1参照)

一方で利用者の望む暮らしを実現することは、ケアマネジャーの職業上の理念である。最期の時を利用者の望む形で迎えることができるように、援助をするにはどうすればよいかを考察することを視野に入れ、当ケアプランセンターの利用者の在宅死に関するデータを調べてみた。

(方法)

在宅看取りがおこなわれるために必要な条件は何か、これまでの経験則により、『訪問診療・訪問看護・最期を看取れる家族』という、3つの条件がおおむね揃っていることが必要であるとの仮説を立て、実際にデータ分析をおこなった。

(結果及び考察)

2017年度、2018年度の2年間の当ケアプランセンターにおける実績は、27人の在宅看取りがおこなわれた。その内、訪問診療は27人全員、訪問看護の利用者は26人であった。また2017年度、2018年度に在宅看取りがおこなわれた27人のうち、配偶者や子供と同居もしくは、家族が近隣在住していた利用者は26人であった。

2017年度、2018年度に在宅看取りがおこなわれた27人について

	在宅看取り が行われた人数	訪問診療 を利用した人数及び割合	訪問看護 を利用した人数及び割合	家族と同居又は近隣在住 の利用者の人数及び割合
2017年度	16人	16人(100%)	15人(94%)	15人(94%)
2018年度	11人	11人(100%)	11人(100%)	11人(100%)
合計	27人	27人(100%)	26人(96%)	26人(96%)

これにより、在宅看取りがおこなわれるための3条件の仮説は、おおむね正しかったと言える。ではここでケアマネジャーはどのような役割を担えばよいかを考察した。

まずは2017年度、2018年度に在宅看取りがおこなわれた27人の利用した、介護保険サービスの利用率を分析した。(図表2参照)

介護ベッドは93%と非常に高い利用率であった。また床ずれ防止用具が53%、車椅子44%、

体位変換器30%といった結果となった。まずケアマネジャーの役割の一つとして、介護ベッドやその他の福祉用具等をケアプランに位置付け、サービス導入をすることにより、在宅の療養環境を整えることがあるといえる。

また訪問入浴の利用率が37%であったことから、利用者の保清の調整をおこなう役割、ヘルパーの利用率が22%であったことから、家族の介護力を補う役割も重要であると言えよう。

次に利用者や家族の心理面に着目したい。一般的に終末期の介護をしている家族は迷っている。利用者自身も病気の苦しみを抱えながら迷っている。これからどうしたらいいのだろうか?と全くわからないでいることも多い。

そういった中でケアマネジャーは、利用者や家族が、『本来何を必要としているのか』、また『本当は何を望んでいるのか』といった、いわゆる『潜在的ニーズ』にも着目しながら、ターミナルケアにおける一般的な情報提供などをおこない、進むべき選択肢を利用者や家族に提供することが可能である。

ケアマネジャーがターミナル期の利用者に対して、必要な医療や居宅サービスを円滑に利用する為の調整等を行った場合に評価される、ターミナルケアマネジメント加算も2018年度から新設されており、今後ますます、ターミナルケアにおけるケアマネジャーの役割は重要となってくるであろう。

『潜在的ニーズ』に着目しながら、家で看取りたいという気持ちをもった、家族に寄り添い、多職種連携においても、看取りの情報発信を働きかけ、双方向の認識の確認をおこなう。

これまでは医師・看護師・介護者以外の家族等からの助言や、介護状況の中で看取りへの決心が自然に固まってくることも多かったが、今後はこれまで以上にケアマネジャーが多職種への発信をおこない、家族の背中を押す一翼を担っていくことが考えられる。

2017年の人口動態調査において、最期を迎える場所として、病院・自宅以外に施設が増加傾向にあり、近年においては、約10%の国民が施設

で最期を迎えている。

	病院	自宅	介護老人 保健施設	老人ホーム
2005年	79.8%	12.2%	0.7%	2.1%
2013年	75.6%(↓)	12.9%(↑)	1.9%(↑)	5.3%(↑)
2017年	73.0%(↓)	13.2%(↑)	2.5%(↑↑)	7.5%(↑↑)

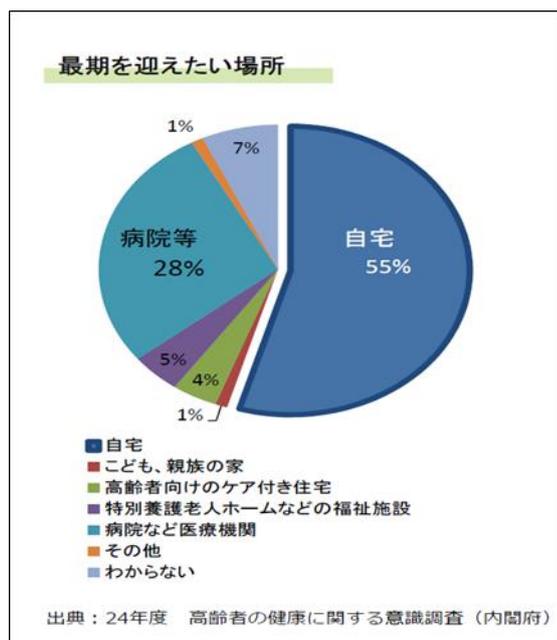
死亡の場所の推移(厚生労働省・人口動態調査より)

そういった中で、利用者と家族が最期を迎えるのにふさわしい場所を選ぶことができるように援助をおこなうことも、ケアマネジャーの大切な役割である。

また利用者や家族が望む最期が実現可能かも見極めなければならない。例えば在宅看取りであれば、前述の3条件を揃えることが可能か？ホスピスや施設であれば、空き状況がどうなっているか？といった評価能力や情報収集能力が必要である。

どうすればいいか迷っている中で、『潜在的ニーズ』にも着目し、実現の可能性を見極めながら、利用者と家族に寄り添っていく。そしてできる限り利用者と家族の望む最期の時を迎えることができるように全力を尽くしていく所存である。

(図表1)



2017-2018年度 在宅看取り利用者 サービス一覧表 (図表2)

番号	年	死亡月	利用者名	同居 近隣 独居	担当 CM	福祉用具レンタル							ヘルパー	訪問入浴	通所介護	短期入所生活介護	訪問リハビリ	訪問看護(介護保険)	訪問看護(医療保険)	訪問看護事業所名	訪問診療
						ベッド・付属品	床ずれ防止用具	車椅子・付属品	体位変換器	手すり	移動用リフト	スロープ									
1	2017年	4月	A	同居	A CM	○	○	○										○	a訪問	aクリニック	
2	2017年	4月	B	同居	B CM							○						○	a訪問	bクリニック	
3	2017年	6月	C	同居	C CM	○	○						○					○	b訪問	bクリニック	
4	2017年	6月	D	独居	D CM	○	○	○				○					○	a訪問	c医院		
5	2017年	7月	E	同居	A CM	○		○									○	a訪問	dクリニック		
6	2017年	8月	F	同居	B CM	○			○								○	a訪問	e医院		
7	2017年	9月	G	同居	E CM	○											○	a訪問	fクリニック		
8	2017年	9月	H	同居	E CM	○		○									○	a訪問	gクリニック		
9	2017年	10月	I	同居	F CM	○	○	○					○							h診療所	
10	2017年	11月	J	同居	F CM	○	○			○		○					○	a訪問	aクリニック		
11	2017年	12月	K	同居	B CM	○			○								○	a訪問	i医院		
12	2017年	12月	L	同居	E CM					○	○						○	a訪問	jクリニック		
13	2017年	12月	M	同居	G CM	○	○						○				○	a訪問	jクリニック		
14	2017年	12月	N	同居	G CM	○	○		○								○	b訪問	jクリニック		
15	2018年	1月	O	同居	F CM	○											○	a訪問	aクリニック		
16	2018年	2月	P	近隣	B CM	○	○	○	○				○				○	a訪問	kクリニック		
17	2018年	4月	Q	同居	H CM	○		○	○			○		○			○	c訪問	l病院		
18	2018年	5月	R	同居	B CM	○	○										○	a訪問	mクリニック		
19	2018年	6月	S	同居	G CM	○	○		○				○				○	d訪問	n病院		
20	2018年	6月	T	同居	C CM	○	○	○	○		○	○	○				○	a訪問	o診療所		
21	2018年	7月	U	同居	H CM	○			○			○					○	a訪問	aクリニック		
22	2018年	7月	V	同居	G CM	○	○	○					○		○		○	a訪問	aクリニック		
23	2018年	11月	W	同居	F CM	○	○			○			○				○	e訪問	pクリニック		
24	2019年	1月	X	同居	E CM	○	○	○					○		○		○	a訪問	q診療所		
25	2019年	1月	Y	同居	G CM	○	○	○					○				○	e訪問	rクリニック		
26	2019年	1月	Z	同居	G CM	○	○	○		○							○	f訪問	sクリニック		
27	2019年	2月	AA	同居	E CM	○					○						○	a訪問	aクリニック		
利用数						25	16	12	8	4	2	2	6	10	1	1	1	11	16	26	27
パーセンテージ						93%	59%	44%	30%	15%	7%	7%	22%	37%	4%	4%	4%	41%	59%	96%	100%

二つの事例を通して支援者の成長を考える

大阪府 ふるさぽーとケアプランセンター
主任介護支援専門員 井上由美

【1. はじめに】

介護支援専門員は利用者の「望む暮らし」を具現化すべく支援を提供している。多職種から構成された支援チームが一致団結することで利用者の「望む暮らし」を具現化できたと考えた時、支援者側はその事例を“成功”事例と呼ぶことが多い。

今回、在宅で終末期の支援を行った“成功”事例と“うまくいかなかった”事例を通じて、いわゆる“成功”事例と考えていても、検討すべき事項が多いことに気付くことができた支援者側の成長過程を報告する。事業所が提供するサービスの成長を報告する

【2. “成功”事例 A 氏の支援経過】

73歳男性。要支援2。肝細胞がんの末期で余命は3カ月。本人への病状告知はあるが余命告知はない。他県で入院中、退院後はB市に住む次男家族と同居を予定。翌週にも退院を希望しており、早急に調整を行って欲しいとB市の地域包括支援センターから紹介を受けた。

《亡くなる12週前》

MSWからの情報提供は以下の通り。家族は在宅での看取りを希望しているが、本人自身は排泄面で支援が必要になれば入院を希望されている。本人を見ると癌末期とは思えない身体状況なので、家族は困惑している。

次男宅を訪問し福祉用具を導入して環境調整を行い、在宅医を紹介する。家族が在宅医と面談の際、在宅医から緩和ケア病棟の説明あり。

《11週前》

退院し、次男家族と同居開始。在宅医による訪問診療も開始する。以前、他県で通所介護に通っていたことから、希望により週3回の通所介護を計画する。元々社交的な性格で趣味はカラオケであったため、新しいデイサービスに馴染むのも早く「楽しいデイを紹介してくれてありがとう」と感謝の言葉を述べられる。

《8週前》

歩行の不安定さが目立ち始め懸念していたところ、自宅脱衣所で転倒。右上腕部骨折との診断にて入院。手術を施行、入院見込み期間は1

か月と説明あり。本人は退院を希望するも、次男夫婦は、現状のADLから難しいと考え、緩和ケア病棟の空床を待つこととした。

《5週前》

癌の進行に伴い臥床している時間も長くなり、全身状態の低下や栄養状態の不良により仙骨部・外踝部・踵部と、骨折した肘関節外側のギプス上端縁にそれぞれステージⅢ～Ⅳの褥瘡の形成に至る。疼痛コントロールも難航、介護支援専門員が面会した際、本人の気力がどんどん落ちているように感じた。

家族から「このまま病院で最期を迎えるのはあまりにも可哀想だ。少しの間でもいいので家に連れて帰りたい」との相談がある。

《4週前》

退院準備にて、病院でカンファレンスを開催。A氏のレスキュー対応を万全にするために、全支援者でNRS (Numerikal Rating Scale) の評価を共有した。次男宅では車いすを活用しての外出が難しいこと、少しの動作で痛みの訴えがあるので、通所介護は再開しないこととし、在宅支援再開となった。

《3週前》

疼痛コントロールは良好。訪問入浴で「最高や！気持ちいい！！」と言うA氏の笑顔の動画を、次男の妻が撮影し、家族みんなで共有する。またA氏の口から、楽しかった通所介護の話が出るようになり、「行くことが出来るなら行きたい」との発言がある。通所介護を利用する方法を考えるため担当者会議を開催することとなる。

《10日前》

万全の体制で通所介護を利用。更衣時の痛みも強いので浴衣を着用。他の利用者や職員から「お帰りなさい」と言われ笑顔で応える。常時ベッドで臥床しているがレクリエーションや体操の時に「みんなが頑張っている姿を見たい」とベッドをギャッジアップして見学され、「カラオケを歌いたい」と2曲披露される。歌う姿にスタッフや他の利用者も涙を流される。帰り際にA氏が「ありがとう。これでよかった。」と泣きながら話される。

《当日》

朝10時頃、19歳の孫に看取られ永眠される。

【3. “うまくいかなかった” B氏の事例】

63歳女性。スキルス性胃がん。進行が早く余命は1～2カ月。本人に対して病状告知あり、余命告知なし。ADLは介助があれば屋内の移動ができる。夜間は固定式ベッドで入眠し日中はソファに横になって過ごす。要介護認定申請は行っていない。A氏の訪問診療をされていた在宅医から紹介を受けた。

《本人を取り巻く家族環境》

夫と長男の三人暮らし。夫・長男共に就労しており、日中は近くに住む妊娠7カ月の長女が空いた時間に様子を見に来ている。妊婦である長女が身体的な介助をすることは難しい。

《支援の内容》

訪問診療、訪問看護、訪問入浴を其々週1～2回、訪問介護で1日2回の排泄介助を行う。福祉用具のレンタルも開始。申請を行い要介護4の認定を受ける。訪問看護以外は、全てA氏と同じ支援事業所に対応することとなった。

《支援の経過》

B氏は訪問入浴での異性介助を拒否され、本来なら3人態勢で行う介助を、女性2人で対応することになった。看護師やヘルパーの体位交換でも痛みを訴ええられた。

他県に住むB氏の姉と姪が来て、泊まり込みで介護を行うことになり、訪問入浴と訪問介護の支援が終了となる。その4日後、初回のインテークから2週間後にB氏は永眠される。支援終了後の自宅訪問の際に、家族から、介護をしていた姪は理学療法士で、B氏が「姪がおむつ交換をしても痛くないが、ヘルパーは痛い」「入浴は気持ちいいが、段取りが悪くてしんどい」と話されたことで、B氏の姉と姪が泊まり込んで支援することを決めたと伺う。この内容を訪問介護事業所と訪問入浴事業所に伝えた。

【4. 2つの支援に関わった事業所の省察】

訪問入浴事業所は、B氏のように異性介助を好まない利用が増えることを踏まえ、女性3人でのチーム編成や、男性1人女性2人の構成であってもスムーズな対応が行えるように事業所内で検討することとなった。

訪問介護事業所はヘルパーのスキルを見直すこととなった。A氏が移乗時に痛みを訴えることがあったが、癌性疼痛ではなく、ヘルパーのスキル不足で痛みが生じた可能性をあげた。検証のため、A氏のケース会議に介護支援専門員も参加依頼を頂いた。

通所介護事業所も合同で行ったケース会議では、痛みを伴わない介助方法について考え、理

学療法士を講師として定期的に研修を開催することが決定された。またA氏に携わっていたヘルパーから『もう俺は死ぬんや』と話されるAさんにどう答えたらよいか分からず、黙ってしまったり、『そんな事言わないで、元気だして』と答えたりしたが、本当にそれで良かったのか今でも悩んでいる」と言った声が聞かれ、そのことに対し“心に寄り添い支えとなる、反復・沈黙・問いかけ”といったエンドオブライフケアをもとにしたコミュニケーション技術習得の研修を開催することにした。

【6. 考察】

A氏への支援中から終了後にかけて、家族を含む支援者全てが“良い支援・良い関わり（＝成功事例）”と各々自負していた。その支援を経験した後に、B氏への支援が“うまくいかなかった”結果を受け、A氏への支援が本当に良いものであったのかと疑問を持ち得たのは、専門職として成長の証である。

“成功事例”と思うことにより、支援を振り返る際に、気付くべきことに気付かないことがある危険性に気付くことができた。

【7. 結論】

この事例を通し多職種が各々の気付きを持ち、成長することができた。**私たち介護支援専門員は利用者・家族の介護生活を支える環境調整のプロフェッショナルであるということ。その事に誇りを持たなければならない。**

『最期は家でむかえたい』というニーズが増える中で我々介護支援専門員は、利用者は勿論、家族を含む支援者の気付きをサポートし、利用者が望む看取りが不安なく行えるよう、医療職との関係を深め、関わる多職種や地域に働きかけていかねばならない。

【8. 倫理的配慮】

2事例ともに家族に対し、本発表の目的と意義、倫理的配慮などの概要を記載した書類を基に説明を行い、同意を撤回する権利があること、個人情報保護や守秘義務、発表の結果を研究目的以外に行わないことを伝え、書面により同意を得た。また、それぞれの事業所にも説明、発表の同意を得た。

人生の最終段階における意思決定支援にどう関わればいいのか？

～命の選択の場面でケアマネジャーができること～

○小長谷 純子 渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所

I 研究目的

筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）により、徐々に身体機能が変化中、人生の最終段階における医療行為について意思決定を行うという、経験したことのない、非常に難しい決定を迫られる場面で医療職でないケアマネジャーがどのように関わっていくべきかを検討する。

II 研究方法と倫理的配慮

「人生の最終段階における意思決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省策定平成30年3月）」に基づいた意思決定支援とは何か、支援経過を振り返り、考察する。本発表に際して、個人が特定できないようにするために、事実を変えない程度に修正している。

III 研究結果

《事例概要》

A氏、男性、40代前半、日常生活自立度（B2）、身体障害者手帳1種1級、要介護5。30代後半にALSを発症。右上肢麻痺、両下肢も痙性強い。立位困難。前向きな性格で、ALSの治療法が確立されることに期待し、生きたいという思いが強い。

【支援経過】

・X1年末

診療所スタッフとして関わる。

・X2年

介護保険制度利用開始。車いす生活。週2回通勤。介助量の増加により、介護保険+障害者総合支援法での訪問介護の利用を計画。週3回居宅介護による夜勤も始まる。

夏には嚥下機能低下。窒息のリスクが高まる。両上下肢は動作不可、左手指のみ動作可。

秋、気管切開手術。（スピーチカニューレ使用）入院後より、ほぼ24時間体制での支援が開始。訪問介護だけでも10事業所が介入。

年末、呼吸困難感出現。CO2貯留傾向。意識レベル低下。スピーチカニューレ使用不可。

・X3年

春、換気量低下著明。人工呼吸器を付けるか、選択が迫られる。何度も利用者・家族と話し合い、最終的に自らの言葉で「つけない」ことを

選ぶ。5月に逝去。

IV 考察及び結論

日常生活における意思決定は、多くの場合、自分の判断で決定している。

しかし、医療行為について、特に人生の最終段階における医療行為については経験のしたことのない、非常に難しい決定を迫られることになる。

そのため、十分に情報を理解し、自分の置かれた状況を認識し、それを解釈して、自らの決定を表明しなくてはならない。

ガイドラインによると大切なのは「患者にとって最善の利益にかなう選択は何か？」を常に中心に置くことであると言っている。

ALS発症前は仕事人間で、仕事中心の人生を送っていたA氏は、いずれ先端治療が確立され、自分の病気は治るかもしれないという希望を持っていたが、病気の進行とともに休職することとなり、人生における最善の利益について変化が見られたと思われる。

「ガイドライン」では意思決定支援のポイントとして3つのポイントをあげている。

①「多職種からなる医療ケアチームで判断すること（一人で決めない）」

②「本人の意思を第一に尊重する。家族の気持ちに寄り添う」

③「緩和ケアの重視・充実の必要性」

この3つのポイントに添ってA氏の最善の利益にかなう選択について考察した。

治療方針に関わる相談は、基本的に医師による治療に関する説明と本人の意思を確認しながら、合意の方向を目指すプロセスである。人工呼吸器をつけない選択は「命」を決める大切な選択だった。

「命」には二つの側面があり、一つは「生物学的生命」もう一つは「物語られるいのち（人生）」である。

医療は、人生の展開のためにその土台となる生命を整える。そのために、医師は生命についての情報提供を行う。では、人生のための情報提供を行うのは在宅現場においてその利用者の生活を知るケアマネジャーだと考える。

自宅で療養生活を続けていくためには、多くの

ケアの手と協力、家族の努力も必要である。
病気の進行から、様々な不安も生まれる。
人生の最終段階において、利用者が自身の人生観や価値観に沿った時間を送るために、受けたい医療やケアを選択できるようにしなければならない。そのためにも、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等を含めた十分な情報提供が大切である。
ケアマネジャーはそれらをチームの要となっていける職種であり、そういった意味でも、ケアマネジャーの意思決定支援での役割は大きいものと確信する。
ケアマネジャーは人生の最終段階に近づく前より利用者の側にいる。利用者の過去や今の暮らしを大切にしながら、これからの暮らしを支えるケアチームを創り、利用者の思いを軸に利用者の暮らしの場でケアマネジメントを実践できる職種である。これからもケアマネジャーとして利用者が望む生き方を最後の意思決定の瞬間まで支えきりたい。

生活困窮かつ独居高齢者の在宅看取りを支援する 介護支援専門員の役割について ～現代社会に在る家族問題と意思決定支援の狭間で～

大阪府 医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青
○ 山崎 直央 (主任介護支援専門員)

【目的】

昨今、人生の最終段階をどのように過ごした
いか、最後まで自分らしく生ききるためにどう
準備したらいいのかについての関心が高まって
いる。そして医療やケアを提供する現場では、
本人の思いを聴き、意思決定を支援し、いかに
実現するかのための考え方としてACP(アドバ
ンス・ケア・プランニング)が注目されている。
今回の事例については、ACPの過程にある“ゆ
らぎに寄り添う”支援内容ではなく、「最期は自
宅で迎えたい」「入院はしたくない」といった本
人の“しっかりした意思”を貫いた独居高齢者
についての看取り支援の事例紹介と、意思に添
いつつも見えてきた家族問題の考察であり、そ
の報告とする。

【倫理的配慮】

今回の研究報告に当たり、家族に同意を得る
とともに、個人が特定できないように配慮する。

【事例紹介】

A氏 享年 78 歳 男性 要介護 2
既往歴：直腸がん、転移性肺がん、高血圧症、
左大腿骨頸部骨折 (H27.5)
生活歴：生まれも、育ちも同市。21 歳で結婚し、
3 人の子に恵まれる。土木の仕事をしてしたが
倒産した為、現在の店舗付住居に移り住み、ラ
ーメン屋を経営する。40 代前半に離婚、子ども
達はすでに家を出ていたこともあり、独居生活
となった。60 代前半で直腸がんの診断、人工肛
門造設術を受ける。その後、ラーメン屋を廃業
し、閉じこもりの生活となる。退院後しばらく
は通院をしていたが、徐々に病院から足が遠の
く。食事を摂ることが少なくなり、近所の仲間
が来てはお酒を飲む日が続いた。元々の性格と
身体機能の低下で、生活環境が乱れていく。買
い物や洗濯は近所の方がしてくれていた。その
時点で生活保護申請はされていた。

【A 氏の意思】

離婚後、元妻とのやり取りはなく、子ども達
も出たままの状態であり疎遠。長男が同市内で
自営業をしていることはわかっていた。本人の
思いとしては子ども達に迷惑を掛けることはで
きないと連絡を取ることを拒み、また支援者へ
も連絡はやめてほしいとの思いだった。

在宅医、訪問看護は導入当初から、本人が「何
があっても入院はしたくない」という意思を聴
いていた。また、病院へ行くことも拒み、検査
も血液検査程度で大掛かりな検査は行っていな
かった。

【支援経過】

令和元年 8 月中旬、週 2 回入浴目的で通っ
ていた半日型デイサービスを定期的にご利用して
いたが、倦怠感の訴えが続き、利用を休止する
ことが増える。その頃より、食事や水分を摂る
ことも少なくなり、見かねた訪問看護が点滴を促
すが、本人は針を刺すのが嫌だと拒み続けてい
た。

令和元年 9 月初旬、自宅内での転倒が多くな
る。また、看護師やヘルパーが訪問しても寝て
いることが多いことと、話もしにくそうであっ
た。人生の最終段階に差し掛かっていることを
考え、在宅医より家族との連絡を試みてもいい
のではと提案がある。この提案を A 氏に確認す
るが「迷惑をかけるから」と拒んだ。また A 氏
からは「最期までここ(自宅)にいたい」と意
思確認ができた。

デイサービスの利用休止が続いており、訪問
看護が清拭を行っていた。訪問入浴を提案して
いたが、以前 1 度利用していたこともあり、億
劫であると拒まれる。水分摂取量が減ってきて
おり、脱水の状態ですらに動きが鈍くなってき
ていた。引き続き点滴を促していたが、針を刺
すのが嫌だとやはり拒否が続いていた。

令和元年 9 月下旬、起居動作も含め、自力で

トイレまでの移動が困難になり、安楽尿器の使用を提案。このころから、在宅医、訪問看護の勧めに応じ点滴が実施されるようになった。

毎日行く訪問看護に子どもの話をしてもらおう。それによりA氏からも子どもの自慢話を聞くことができた。そうすると自ら「一度長男に来てもらいたい、子ども達と会いたい」と話される。この連絡がケアマネジャーに入り、長男の自営業先へ連絡を入れることとなる。しかし、不在。2度目の連絡も不在だったため、その時に在宅日時を聞く。

令和元年10月初旬、3度目の連絡で長男とつながる。A氏の担当ケアマネジャーであることを名乗るといきなりの罵声。A氏の状況を伝えるが「関係ない!」「勝手に野垂れ死んだらいい!」と電話を切られる。

しかし、次の日、次女からケアマネジャーに連絡が入る。長男と連絡を取った際に、電話の隣でやり取りを聞いていた長男妻が次女に連絡をしてくれていた。その後、長女ともやり取りができる。この時点から、長女次女とのやり取りが始まった。

令和元年10月中旬、A氏の状態はベッド上での生活になり、意思疎通が難しくなっていた。今まで拒んでいた紙おむつを使用、水分の経口摂取も促すが受け付けず、点滴は必要最低限で実施した。10月17日にエアマットを導入する。

令和元年10月18日、午前中に訪問した看護師より「血圧が低下してきている」とケアマネジャーに連絡が入る。長女、次女にも連絡。11時頃に次女が訪問、14時頃ケアマネジャーが訪問、16時過ぎにもう一度ケアマネジャーが訪問した際には、息を引き取られていた。在宅医に連絡を入れ、死亡確認する。

【結果】

① 自宅で最期を迎えたい

当初から、支援者全員でA氏のその思いは共有できていた。最終段階に差し掛かった時にも再度確認できたことが、支援者側のケアの方向性を再確認し定めることができた。そして、住み慣れた自宅で最期を迎えることができた。

② 何があっても入院はしたくない

最期の場所と同様で、支援当初から意思を確認できていた。また、A氏の思いもゆらぐことなく、頑なに入院を拒否していた。入院だけでなく、病院へ行くことを拒んでいたこともあり、精密な検査はできていなかった。そのため、死亡診断書にある死亡原因は「老衰」と記載され

た。

③ 家族への連絡

A氏から「連絡をしないでほしい」との意思があった為、これまで家族とのかかわりが希薄で、子ども達との関係性が理解できていなかった。結果的に長女次女とは繋がり、最終段階の時を一緒に過ごすことができたのだが、長男妻の助けがなければ叶わない繋がりだった可能性がある。長女次女は自ら名乗りを上げてくれたのだが、それぞれも家庭があり、次女に関しては高齢になった元妻のお世話もしていたらしくA氏に会うことを伏せながらの関わりであった。

また、最終的なお金をどうしたらいいかの相談も受けていた。事前に生活福祉課へ葬祭費と葬儀屋の相談をかけ、その内容を長女次女に伝えることで、一緒に最期までA氏を支えてくれる結果に至った。

【考察】

今回の事例では当初より「最期は自宅で迎えたい」「入院はしたくない」の意思を確認し、自宅で過ごしていくためにはどうしたらいいかを常に考え支援したことで、支援者側の大きな混乱もなくA氏の状態変化に合わせた対応ができていたと考える。気持ちのゆらぎがあったとすれば、A氏の手がかりが「子どもに会いたい」に変わったことで、子どもとのつながりが出来たことであった。長女次女からは「なぜ入院して治療しないのか」の問いもあった。しかし、それも本人の意思が明確にあったことと、最終段階の確認と看取りを行う在宅医、自宅でも最期まで医療的ケアを行うことができる訪問看護、排泄ケアや生活援助を行う訪問介護、環境を整える福祉用具、それぞれ支援者側の連携が出来ていたからこそ、長女次女も納得の上、自宅での看取りが実現できた。そこには、支援者側と家族の間に入り、その時の状況を説明するケアマネジャーの役割がとても重要であったと考える。そして、金銭的なことについても問われていたが、長女次女に迷惑をかけることが無いように生活福祉課を巻き込んだ対応が出来たことも良かった。

【結論】

最期を支える支援者として常に思うことは、柔軟で臨機応変な支援が必要である。その方向性を決めるのは、やはり本人の思いを聴き、意思の尊重が重要である。意思の尊重こそが、連携したケアにつながり、疎遠家族の納得も導けるものであるとわかった事例経験であった。