看護小規模多機能型居宅介護における

看取りの実践事例集

2017～20 年度科学研究費補助金基盤研究（C）（17K12397）
研究代表者　山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 永田千鶴

「看護小規模多機能型居宅介護における看取りの実践事例集」の発刊にあたって

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻
地域・老年看護学講座　研究代表者永田千鶴

この事例集は、「地域密着型サービスを拠点とした認知症高齢者エイジング・イン・プレイスの実現」（2017～20 年度 JSPS 科研費 JP17K12397）の一環として、看護小規模多機能型居宅介護（看護多機能）の看取りの実践に関するインタビュー調査で語っていただいた事例をまとめたものです。

私達の研究チームは、エイジング・イン・プレイスを「今いる場所で最期まで」と捉え、地域密着型サービスの中でも認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能型居宅介護（小規模多機能）での看取りを実現するための調査や教育プログラムの実践に関する介入研究を行ってきました。これまでの研究活動から、地域密着型サービスでの看取りの実現には、24 時間医療提供体制の不備と看取りに対する理解不足および教育不足が挙げられました。そのため、教育プログラムでは、看取りに必要な知識や家族支援、訪問看護師や主治医などの医療職との連携による医療提供体制のあり方を検討し、研修を行ってきました。しかし、知識や情報を得、体制づくりを試みても、看取りの実現に至る事業所は決して多くはありませんでした。そのような中、小規模多機能に「看護」を組み合わせ、医療提供体制を強化した看護多機能が 2012 年に制度化されました。

私達は、介護職と看護職が医療と生活ニーズに対応しながら、利用者と家族、介護職と看護職も満足する看取りを実践できるのか、2019 年に看護多機能を対象とした実態調査を実施しました。その結果、回収率 19%と低かったのですが、84 の有効回答のうち 92.7%の事業所が看取りを実践していました。介護職と看護職の 2 群比較では、看取りの件数の増加により、介護職の満足度は高いのですが、看護職の満足度は低下する傾向にありました。そして、定員 29 名の看護多機能において、1 事業所当たり約 6 名の看護職の配置により、看取りの実現可能性が高まることが示唆されました。これは、現行の運営基準による看護職配置基準 2.5 名と比較しますと、クリアするには厳しい数字です。

看護多機能が、「看取り」を含む医療ケアが必要な重度の要介護者へのケアを十分提供するためには、制度・政策の見直しは必須です。私達は、皆様方の努力の賜物である、看護多機能での素晴らしい看取りの実践事例を、少しでも多くの方に知っていただき、「今いる場所で最期まで」生ききることが可能な社会の構築を皆様方と一緒に目指すことができればと、強く願っております。最後になりましたが、ご協力いただいた看護多機能の皆様にこの場を借りて心よりお礼申し上げます。

2020 年 12 月 25 日

COVID-19 により遠隔で研究活動を始めた年のクリスマスに

目　　　次

事例１．家族と協働しながら看護多機能の泊まり機能を活かして、がんの方を最期まで看取った事例　・・・・・1

事例２．訪問看護で医療ニーズに応えながら、高齢者住宅（アパート）で一人暮らしの方の看取りまでを支えた事例　・・・・・3

事例３．延命を希望する家族と家族の気持ちを尊重した利用者に対する終末期ケア・・・・・5

事例４．短期間（１週間）の利用でも本人の希望や家族の思いに寄り添いながら信頼関係を構築し、COPD やせん妄のある利用者を看取った事例　・・・・・7

事例５．苦痛症状があるが、入院したくない！　一人暮らしを続けたい！　・・・・・9

事例６．40 歳代の末期がんの利用者に、疼痛コントロールをしながら外泊を支援するなどして看取った事例　・・・・・11

事例７．目がきらきらした生きる意欲のある 100 歳の生を支えた事例　・・・・・13

事例８．サービス付き高齢者住宅への訪問により、医療ニーズの高い老々介護のケースを看取りまで支えた事例 ・・・・・15

事例９．多機能を活かした柔軟なマネジメントにより、本人の希望に沿い最期までできるだけ自宅で過ごせるよう支えた事例 ・・・・・17

事例 10. 開設して間もない、Ａ市に１つしかない看護多機能での看取りの模索 ・・・・・19

事例 11. がんのターミナル期にある夫とその妻を支えた事例 ・・・・・21

事例 12. 行動障害のある利用者を看取った事例 ・・・・・23

事例 13. 全く心を開かなかった人に、快適と感じてもらえるよう本人のイヤなことはせず、関係を作った事例 ・・・・・25

事例 14. 訪問看護と訪問診療により自宅で看取った事例 ・・・・・27

事例 15. 本人家族の思いにとことん寄り添った事例 ・・・・・29

事例 16. 入院する 1 週間前まで働き、日常を過ごしていた自宅での最期の 5 日間 ・・・・・31

事例 17. 看護多機能を利用しながら在宅療養が 1 か月継続できた事例 ・・・・・33

事例 18. 残された時間を一番好きな自宅で大好きなパパとママ（息子夫婦）の側で旅立った A さん ・・・・・35

事例 19. 自宅で夫を看取ることを希望しながらも不安を口にする妻を支えた事例・・・・・37

事例 20. 4 世代家族　家族に不安はあるが本人が建てた家で看取りたい ・・・・・39

事例 21. 利用者が迎えたい最期を迎えることができるように支援した事例 ・・・・・41

事例 22. なるべく入院せずに看護多機能利用しながら在宅療養を継続したい ・・・・・43

事例 23. 認知症で医療ニーズも高い利用者の看取りと家族支援の事例 ・・・・・45

事例 24. 苦しまずに　自然に　穏やかに　そして家族も無理せずに ・・・・・47

事例 25. 看護多機能の利用により家族への負担を軽減した終末期の過ごし方 ・・・・・49

事例 26. がん告知が行われなかった終末期利用者とその家族とのかかわり ・・・・・51

事例 27. 職員教育により看護多機能での初めての看取りを円滑に実践した事例 ・・・・・53

事例１

家族と協働しながら看護多機能の泊まり機能を活かして、がんの方を最期まで看取った事例

１．療養者　Aさん　90歳代　女性
２．病名　胆管がん、気管支喘息、経口摂取困難（経鼻経管栄養）
３．キーワード　がん、泊まり、家族との協働
４．家族の状況・介護者　娘２人と同居

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2016年８月　**法人の種別**　医療法人
職員の常勤換算数　**看護職**　2.８人　**介護職**　8.６人
利用者数　女性　７人　男性　８人　**平均介護度**　2.88　**１日平均通所者**　10人　**宿泊者**４人　**訪問者**７人
看取りケアの経験　10人　**2018年度**　**事業所**　０人　**自宅**　１人
運営上の工夫と課題　登録者数や一日の通所利用者数の上限が決まっているが、独居や要介護度の軽い方などの利用希望が多いため、訪問を増やすことで一日の通所利用者数を調整している。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
医療法人であり、同法人の病院が隣接しているため訪問診療や往診に来てもらうことができる。
【人材育成】
看取りの経過（呼吸状態の変化、チアノーゼの出現など）についての勉強会を定期的に月１回実施。
看取りのプロセスの中でも、「今はこういう状態だから、次はこうなるよ」「昨日より状態が悪くなっていて、次は尿が出なくなるから見ておいて」など、そのつど伝えながら取り組んでいった。
【仕組みづくり】
看護師といつでも連絡が取れる体制にしている。当番を決め、「何時でもいいから連絡して」と伝えている。
【家族関係の構築】
本事例では、利用開始時より訪問時に家での様子を聞いたり、話しやすい関係づくりをしていた。家族がとても明るく話好きで、本人とも家族とも長話ができるような関係だった。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：家族の力を活かすこと。
課題：看取りに対する介護職員の不安。介護職が夜勤をする時など「痛みが強くなったらどうしよう」「急変したらどうしよう」という不安がある。何も延命治療はしないと決まっている人であれば「何かあったら連絡してください」と伝えているが、救急搬送の希望がある場合は、どう対応したらよいのか不安があるようだ。
介護職の医療についての知識を高めること、教育的介入の必要性、難しさを感じている。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
元気に自宅で生活していたが、X-1年の年末にインフルエンザに罹患し、同法人の病院へ入院。酸素吸入や吸引が必要な状態となったため自宅への退院が難しく、X年３月より看護多機能の「泊まり」を毎日連続する形で利用開始となった。経鼻経管栄養を１日３回行いながら、口からも家族からの差し入れ（お茶、アイスクリーム、ゼリー等）を摂取することを楽しみにしていた。状態が良い時に外出や外泊を勧めたり、家族が毎日面会に来たりして過ごしていた。しかし、経鼻経管栄養チューブの刺激により嘔吐することが度々あったため、胃瘻の造設を勧めた。Aさんは「そこまでして長生きしたくない」と言われたが、「鼻からのチューブ挿入がなくなれば嘔吐も減り食べやすくなりますよ」と提案すると応じられ、６月に胃瘻造設し再び看護多機能へ戻った。嘔吐もなくなり経口摂取がスムーズにできるようになった。
胃瘻造設のための入院中、胆管がんが見つかり、余命半年と娘へ説明された。治療の希望がなかったため、入院前に利用していた看護多機能に戻った。自宅へ帰ることも検討したが、本人も「動くときつい」と訴えるようになり、本人と家族の意向もあり、看護多機能でこのまま最終段階を過ごすことが最善であると判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X年６月下旬</u>：胃瘻造設のための入院中に胆管がんがみつかる。家族へ余命半年と説明、本人へは未告知。
<u>X年７月上旬</u>：Aさんも家族も看護多機能を気に入っており、「早く看護多機能へ帰りたい」と希望したため、胆管がんについては無治療で退院。家族からは「状態が悪くなる前に、一度自宅へ外出させたい」という希望もあった。
<u>X年９月中旬</u>：外出について検討したものの、浮腫や息切れなどの症状が増強し、自宅には帰ることができなかった。Aさんも「おなかが痛い」「動くときつい」と言い、悪くなっていることを感じているようだった。家族より「最期までここで過ごしたい、痛みや苦しみは取り除いてほしい」と希望があり、同法人の訪問診療医により疼痛コントロールのための麻薬が処方された。家族は点滴を希望したが、より浮腫が強くなるので施行せず、経管栄養も減らしながら、痛みの訴えがあった時には鎮痛剤を使用した。家族より「毎日身体を拭いて浴衣を着替えさせたい」と希望があり、家族と看護師、介護職の４人介助で実施した。「ご家族もこの部屋に泊まれますよ」「ご家族の疲労もたまらないようにですね」と声をかけ、最後の頃は家族もずっと泊まっていた。夜間の投薬（発熱時や麻薬）は家族にも協力を得た。
<u>X年10月上旬</u>：徐々に呼吸が浅くなり、医師へ報告しつつ、家族にも「そろそろかもしれない」と看護多機能の看護師より伝え家族付き添いのもとで呼吸が停止した。日曜日であったため、当直医にて死亡確認された。疼痛コントロールも丁寧にでき、最期は家族みんなに見守られて、穏やかに逝くことができた。
お通夜にてご家族も「良かったです」と話されていた。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・同法人の病院医師の往診により麻薬の処方がしてもらえたので癌性疼痛のコントロールができた。入院先も同法人の病院だったため、情報共有や連携がスムーズであった。
・介護職は麻薬や解熱剤の投与ができないので、夜間の投薬は泊まりに来ている家族にしてもらった。

【看取りを成功に導いた要因】
・医師とよく連携がとれていたこと。指示を出してもらうこともスムーズだった。
・家族の受け入れが良好であり「ここで看取りをしたい」と希望されたので、自分たちも心構えができた。
・Aさんと家族と職員の関係がとても良好であったため、不安なく看取りまでできた。
・これまで数例の看取りを経験していたので、その経験を活かしながら進めることができた。何かあったらいつでも連絡するよう伝えていたのでスタッフも安心感があったのではないか。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
特に大きな問題はなかった。がんであることや余命については未告知であったが、Aさん本人から質問等はなく、対応に困ることもなかった。

【課題】
状態が悪くなる前に、一度自宅へ帰してあげたかった。７月に退院してから、８月中ぐらいに帰っていればよかったのかもしれない。そのタイミングの見きわめが難しかった。看護多機能の職員は「看護師が付き添ってでも家に帰らせてあげたい」と思っていたが、家族は「こんな状態では難しいです」と言われ、齟齬があった。

【この事例から学んだこと】
1. 自宅への退院が難しい場合も、看護多機能の「泊まり」機能を利用して、家族や顔なじみの職員との時間を大切にしながら最期まで暮らすことができる。
2. 投薬など、介護職が実施できない部分は家族の協力を得ることで、夜間など看護師が不在の時も継続したケアができる。
3. がんという病名や余命については本人に未告知であったが、今後どこで過ごしたいかの意思確認はできていたこと、また本人・家族・職員の関係が良好であったことで、看取りに取り組むことができた。
4. 末期には自宅への外出や外泊のタイミングの見きわめが難しい場合がある。できるだけ早めに計画したり、家族と相談したりしておくことが必要である。
5. 家族も可能な範囲でケアに参加してもらうことで、家族自身の「最期まで看取った」という満足感、達成感につながるのではないか。

事例２

訪問看護で医療ニーズに応えながら、高齢者住宅（アパート）で一人暮らしの方の看取りまでを支えた事例

１．療養者　Aさん　80歳代　女性
２．病名　脳梗塞、狭心症、尿閉
３．キーワード　高齢者住宅、一人暮らし、訪問看護
４．家族の状況・介護者　身内は県外に兄弟のみ。関東におり、年に数回の面会がある。

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2018年６月　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　**看護職**　6～7人　**介護職**　15～16人
利用者数　女性20人　男性８人　**平均介護度**　2.８　**１日平均通所者**　12人　**宿泊者**　５人　**訪問者**　13人
看取りケアの経験　２人　**2018～2019年度**　**事業所**　０人、**自宅**　２人（いずれも同建物内の高齢者住宅入居者）
運営上の工夫と課題
・通所、訪問に関しては現在のところ問題はない。宿泊者がなかなか家に帰ることができず長期化していることから、新規登録者の急な宿泊希望への対応が難しくなっている。
・正看護師の確保が難しい。夜勤やオンコール対応可能な看護師が少ない。
・看護と介護の連携や人材不足をどう補うか。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
利用者のかかりつけ医に訪問診療や往診に来てもらっている。

【人材育成】
緊急時の対応マニュアルはあるが、それだけでなく、利用者に合わせて具体的なケアマニュアルを作成している。

【仕組みづくり】
看護多機能となり、医療ニーズの高い人の利用が増えている。夜勤は基本的に１人体制だが、看護師がオンコール対応している。看取りへの不安が強い介護職員もいるので、その職員は一人夜勤から外したり、看取り期は宿直者を追加人員として置いたりして対応している。

【家族関係の構築】
本事例では、家族が遠方のため、電話で現状報告を行った。看取りが近づいてきた時期には、来所していただき話をした。

７．看取りケアでの工夫と課題
課題：人材不足。看護多機能なので医療ニーズの高い利用者に対応しなければならない（経管栄養や点滴、吸引が頻回に必要など）。看護師が24時間いるわけではなく、介護職で資格を持っている人が少ないため対応が困難な場合もある。また、「看取りは看護師がするもの」という意識の介護職員もいる。介護職は「ここから先は看護師（がするべき）」と思い、看護師は「ここまでは介護職もできる」と思う、そのラインに齟齬が生じると、連携が難しくなる。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
もともと、同法人が経営する同建物内の高齢者住宅で一人暮らしをしていた。小規模多機能に10年前から登録しており、元気な頃は通所中心で利用していた。
加齢により少しずつ下肢筋力が低下し、歩行もしづらくなり、５年ほど前からは車椅子を利用していた。食事は自力で摂取できていたが、認知機能が低下してから徐々に難しくなり、3～4 年前からは全介助となった（通所にて食事介助、それが難しい時は訪問して実施）。食事以外は高齢者住宅の居室でほとんど寝たきりの状態であった。
家族の希望もあり、長年利用していたサービスを継続しそのまま人生の最終段階を過ごすことが最善であると判断された。

９．看取りの支援経過および支援方針
Aさんは、車椅子利用になってから、徐々に食事摂取量が減少した。排尿機能の低下があり、自尿の確認ができなかったため膀胱留置カテーテルを留置した。訪問看護にてカテーテル交換や膀胱洗浄を実施した。
最後の2～3年間は会話が難しい状態であったが、Aさんの兄弟より、「ここで最期までみてほしい」と希望があった。さらに食事が入らなくなり、「経管栄養はせず、自然な形で最期を迎えてほしい。」と家族から希望があった。
「点滴だけはしてほしい」とのことだったため、亡くなる前の１ヶ月間ほどかかりつけ医の指示を受け、訪問看護で実施した。
そろそろ最期の時が近づいているのではないかと考え、家族へ連絡すると、遠方から会いに来られた。家族は 3～4日間付き添っていた。しかしAさんがもちこたえていたためいったん帰ったが、その間にAさんは息を引き取った。亡くなった時は、ちょうど点滴施行中でもあり看護師が数時間ごとに訪問していた。家族は、「私たちに亡くなる姿を見せなかったのは、強い姉らしい最期だったと思います。」と話されていた。

看護多機能へ移行してから、約半年間の利用期間であった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
利用者のかかりつけ医が訪問診療・往診に来ていたので、状態把握や意思疎通ができており「何かおかしい」と思ったら、すぐに連絡がつく安心感があった。誤嚥性肺炎や食事が入らないなどで、何度か入院することもあったが、再び高齢者住宅へ戻り、看護多機能を利用しながら一人暮らしを継続していた。

【看取りを成功に導いた要因】
・訪問看護により医療ニーズへの対応ができていたこと（点滴、膀胱留置カテーテル管理など）。看護師どうしの連携がスムーズであった。
・「ここで最後まで過ごさせたい」という家族の意向がはっきりしていたこと。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
医療の部分が大きくなってくると、介護職の苦手意識が大きくなる。Aさんは膀胱留置カテーテルを留置しており、おむつ交換の時に抜けてしまうのではないかなど不安があったのかもしれない。現状では、介護職は無資格でも就くことができるので、突然、医療に関わることも理解しないといけなくなると、自然と背を向けたくなるのかもしれない。

【課題】
ご本人の意向がきちんと確認できていなかったこと。
延命治療や心肺蘇生については事前に確認することができていたが、経管栄養について検討した時は、すでに会話が難しい状況であり、その状態で判断することは難しかった。家族の意向だけで決まってしまい、そのことについて家族も悩んでいた。ご本人の意思を確認するタイミングの見極めが必要である。

【この事例から学んだこと】
1. 家族が遠方であったり一人暮らしの利用者であっても、高齢者住宅といった「住まい」と看護小規模多機能事業所の利用を組み合わせることで、最期まで看取ることができる。
2. 訪問看護が入ることにより、医療ニーズが高い利用者に応えることができる。
3. 最期は、どこでどう過ごしたいかなど、本人の意向や意思を確認するタイミングを見極めることが必要である。
4. 医療ニーズが高い利用者に対する介護職の苦手意識を軽減するために、一人夜勤の不安をなくす、利用者一人ひとりのケアマニュアルを作成する、といった工夫とともに、看護職と介護職が理解し合う姿勢も重要となる。

事例３

延命を希望する家族と家族の気持ちを尊重した利用者に対する終末期ケア

１．療養者　**Aさん**　60歳代　女性
２．病名　すい臓がん
３．キーワード　家族の思い、本人の意思決定、効果のない治療
４．家族の状況・介護者　息子夫婦と同居
息子夫婦は結婚されて間もなく、息子の妻との信頼関係が構築されていない状況であった

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015年３月１日　**法人の種別**　営利法人
職員の常勤換算数　**看護職**　６人　**介護職**　7.2人　**理学療法士**　２人
利用者数　女性　７人　男性　８人　**平均介護度**　2.88　**１日平均通所者**　10人　**宿泊者**４人　**訪問者**７人
看取りケアの経験　108人　**2018年度**　**事業所**　22人　**自宅**　６人
事業所の特徴　利用者やご家族の意向に沿った終末期ケア・看取りの実践
運営上の工夫と課題　看護と介護の協働、医療連携
一度、登録をして頂いたご利用者は最期まで責任をもってケアを行うこと
医療依存度が高くても断らない

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
医療機関に入院した方が退院後、自宅でも日常生活の支援や治療やリハビリを切れ目なく続けられるよう、本人や家族を中心に医療機関の医師や看護師・かかりつけ医や訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパーなど、関係する多職種が話し合い、計画を立て、連携しながら継続して支援を行っていく取り組みの実践を行っている。
本事例では、在宅医、A医療機関の主治医、薬剤師、看護多機能の職員、ケアマネジャーとの密な連携（必要に応じた場面でのメンバーとの情報共有）が重要であった。
【人材育成】
On-The-Job Training（OJT）を中心とした看護職、介護職への教育。看護の視点，介護の視点の共有。
キャリア開発、研修会への積極的な参加など
【仕組みづくり】
在宅医、A医療機関の主治医、薬剤師、事業所の看護師、介護士、介護支援専門員との連携体制
【家族関係の構築】
息子さんは再婚であり、本人と息子の妻とはあまり面識がなかったが、息子さんの転勤を機に同居を始めた。同居期間も短く、息子の妻と本人との信頼関係は築けていない状況であり、お互いに遠慮があった。そのため、本人、家族のそれぞれの思いを傾聴し双方の理解者となるよう心がけた。ときには橋渡しの役割を担うこともあった。

７．看取りケアでの工夫と課題
事業所に登録時に医療機関の医師から在宅医につないで、自宅または事業所での看取りまでを見据えた準備をする。本人、家族とコミュニケーションを密にとり、思いや希望を理解し、くみ取りできる限り添うようにする

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
本人のご希望をご家族に理解していただき、本人・家族ともに後悔のない終末期を過ごしてもらうために、在宅医との連携と同時に、輸液を処方している医療機関の医師へコンタクトを取り、家族の思いを共有し解決策を見つけることが必要だと考えられた。
本人・家族双方の話をしっかり聞き、受け止めながら本人の思いを家族に少しずつ伝えたり、橋渡しをしたりしながら本人の意思決定支援に努め、最終的には本人の望む「日常を維持しながら最期を迎える」こととなり、看護多機能のサービスを利用しながら自宅での生活を支援することとなった。

９．看取りの支援経過および支援方針
医療機関で確定診断が出たのち、息子さんが知り合いから「末期がんを県外のA医療機関で治療することができた」という話を聞き、ぜひそこで治療を受けたいとご家族からの希望があった。本人は、好きな酒を飲んだり、好きな食べ物を食べたりと悔いなく過ごしたいと願っていたが、本人の意思に反し、息子さんは疾患に対する理解と受け入れができておらず、積極的な治療を行うことで治癒すると信じていた。本人は、息子さんの意思を受け入れ、A医療機関の医師が処方する輸液を実施していた。輸液は保険診療外であるため10割負担であり、毎週、A医療機関まで息子さんが処方してもらいに行き、訪問看護師が実施していた。
看護多機能のサービス利用開始当初は、デイサービスと訪問看護を利用しながら、A 医療機関の主治医の輸液を実施した。本人は、治療の輸液は嫌だが息子さんの「元気になってほしい」という気持ちを理解し、尊重して我慢しながら輸液を受けていた。また、輸液の金額が高額であり、家計を圧迫していることも理解していたが、息子さんの気持ちを慮り、本音で話し合うことができていない状況であった。
徐々に、ADL低下の低下が見られ、歩行困難となり、食事摂取も難しく、症状の悪化が見られたため泊りのサービスの利用開始となった。疼痛コントロールも必要な状態となり、家族の気持ちにも変化が見られてきた。そして「せめて痛みのないように楽に最期を迎えてほしい」とのご希望があった。
泊りサービスの利用を開始後、しばらくして、疼痛コントロールはオキファスト注射薬へと変更となり、当該施設の職員だけでなく、薬剤師と連携・協働も始まった。疼痛コントロールも良好に行うことができ、できる限り希望を叶えていくことで穏やかな終末期を過ごすことができた。
最期は、ご自宅での看取りとなった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
介護職への薬剤師との連携の必要性および薬剤投与に関する注意点や観察点の教育

【看取りを成功に導いた要因】
在宅医および管理者から、輸液を処方している医療機関へ何度も電話連絡を行い、情報の共有を行った。
在宅医、薬剤師、施設看護師、介護士、介護支援専門員との連携体制

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
家族関係が複雑であり、家族間での意思疎通や共通認識が難しい場合、ご本人の意思もご家族の意思も尊重する必要があるため、施設職員がどのように介入するのかが難しい。
輸液を処方している県外のA医療機関との調整が困難であった。A医療機関でも輸液の効果が見込めないことは分かっていたが息子さんの強い要望により処方していたという状況があった。

【課題】
治療方針や予後に対する考え方や思いに違いのある利用者・家族とどのように関わっていくか。
さまざまな家族背景があるため、解決策を導くことは難しいが、コミュニケーション力をつけて利用者・家族に寄り添っていく。

【この事例から学んだこと】
ご本人とご家族の考えや思いの違いから、どのような最期を迎えることがご本人の希望なのかの話し合いができず、疼痛コントロールを含めた緩和ケアが遅れてしまった。しかし、ご本人の思いもご家族の思いも重要であり、今後も症例ごとにかかわるみんなで考えていく必要がある。

事例４

短期間（１週間）の利用でも本人の希望や家族の思いに寄り添いながら信頼関係を構築し、COPDやせん妄のある利用者を看取った事例

１．療養者　**Aさん**　80歳代　男性
２．病名　COPD末期　肺がん術後
３．キーワード　短期間で看取り、本人・家族の思いに沿う
４．家族の状況・介護者　妻と２人暮らし。娘２人が近所および近市に在住。
妻も病気があり、自宅でAさんを１人で介護するのは難しいということで施設を探していた。

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2018年８月　**法人の種別**　NPO法人
職員の常勤換算数　**看護職**　5.3（兼任除くと4.3）人　**介護職**　9.3人
利用者数　女性　15人　男性　２人　**平均介護度**　3.2　**１日平均通所者**　9.0人　**宿泊者**　2.1人　**訪問者**　6.9人
看取りケアの経験　**４人**　**2018～2019年度**　**事業所**　２人　**自宅**１人
運営上の工夫と課題　訪問看護ステーションと看護多機能の複合型として運営している。
介護職が医療ニーズへ対応できるような教育システムや介護職の給与・社会的地位の向上が課題である。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
看護師が医師からの指示や医療的なケアについて、介護職が一人夜勤の時でも判断・実践しやすいようシンプルにわかりやすく説明したり指導したりする。

【人材育成】
事業所内で、看取りに関して勉強会を開催している。
医療ニーズへの対応について、必要な時に必要なことをわかりやすく伝えるとともに、医療ニーズの高い利用者のケアや処置に看護師だけでなく介護職も一緒に実施するようにして、慣れてもらうようにしている。

【仕組みづくり】
夜間は介護職のみになるが、看護師が常時オンコール対応している。

【家族関係の構築】
家族が納得できることがとても大事なので、家族の意見が揺れてもできるかぎり寄り添い対応していく。
家族とスタッフで役割分担をうまく行う。
例）飲み物の摂取の介助→できる限り家族に協力を得る、排泄ケア→職員が行う　等

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：できるだけ本人や家族の希望に添い、やりたいことを実現できるようにする。介護職の不安を軽減し、ケアに参加しやすいよう、医療ケアをわかりやすく説明したり、看護職と一緒にケアを行ったりする。
課題：情報共有の難しさ。職種の違い、パート職員もいる→取り決めをしても周知されにくい。看護師間でも情報共有が難しいことがある。日々の記録はあまりくわしく書かれていないこともある。何か良い共有方法がないか。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
もともと、自分で家事をこなすなどADL自立し妻と暮らしていた。
X年８月上旬、体調不良で入院。COPDの末期で余命が短いと診断された（本人へ余命について説明されているかは不明だが、本人と娘さんで話して「人工呼吸器や点滴などの医療処置はしない」と話していたとのこと）。酸素療法を開始、意識レベル低下もありCOPDの急性増悪ということで夜間のみNPPV使用することとなったが、嫌がってマスクを外したりしていた。
入院中は、おむつ交換を頼んでも後回しにされたり、食べたいものを家族に持って来てもらうことも禁止されたりと自由にならないことが多く、「家に帰りたい」と希望が強かった。かかりつけのクリニックより看護多機能を紹介され、８月下旬退院し自宅に一泊し、翌日からロングで泊まりを利用することとなった。
家庭に近い環境で、望んだ自由な暮らしを支えることが可能な看護多機能での看取りが最善であると判断された。

９．看取りの支援経過および支援方針
X年８月下旬より利用開始。退院前カンファレンスで、せん妄があり酸素マスクを外してしまうことについて娘さんと話し合い、「無理に装着しなくていい、できる範囲でしてもらえたら」と言葉あり、その取り決めを行った後の利用開始となった。
ご本人は当初、入居を拒否していたが、入居当日に看護多機能で行われていた演奏会に「いい曲やな」と言い、職員の顔が見えると手を挙げたり、ケア後には「ありがとう」とニッコリされたりと、徐々になじんでいった。経鼻カニューラもNPPVマスクも嫌がりほとんど装着しなかったが、深く眠っている時は拒否なくNPPVマスクを装着できた。食べることはできなかったが、口渇感が強く、好きなコーラや麦茶、アイスクリームなどを要望に応じて摂取した。「ビールを飲みたい」「日本酒を飲みたい」という希望にも対応した。
日に日にせん妄状態が強くなっていき、ベッドからの転落もあったが、骨折はなかった。家族の面会は毎日あり、「マスクは装着するのが難しそうなので、経鼻カニューレだけでいいです」と言われたり、息苦しそうな時には「やっぱりマスクもしてほしい」と言われたりするなど揺れている様子で、それに寄り添って対応した。
本人より、「今日はダメかもしれないから、家族を呼んで」と言われることが数回あり、家族へ連絡し来てもらったり、泊まっていただいたりした。徐々に状態が低下していき、利用開始から７日目、呼吸停止したようだと家族が教えてくれて、訪問診療医により死亡確認となった。看取り後、家族は「父は最期に我儘を言って幸せだったよね」と話した。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
酸素吸入やNPPVマスクの装着について、介護職でも理解しやすいように単純化したこと。また、嫌がる時は無理にしなくていいなど、医師や家族と話し合って取り決めたこと。

【看取りを成功に導いた要因】
短期間（利用期間１週間での看取り）だったが、ご本人やご家族とそれなりに信頼関係が結べたのではないか。娘さんより、「病院では人間らしい扱いを受けなかったけど、ここはそうじゃなかった」と言われた。病院では色々な希望が叶えられなかったが、看護多機能ではできるかぎり希望を叶え、普段の生活を継続できたことで快適さを感じてもらえたのではないか。職員は、こまめにご本人に声をかけ、家族からも「病院は行きづらいし、帰る時も後ろ髪を引かれる思いだったけど、ここは親戚の家みたいに来やすいし心配なく帰れる」と言われた。
酸素療法をする、しないということについても、揺れる家族の思いを否定せず寄り添ったこと。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
クリニックから来る訪問診療医がその日によって変わることがあり、医師の指示が変化する場合がある。
介護職が、医療ニーズの高い看取り期の利用者に近づかなくなることがある。

【課題】
看護と介護の連携：看護多機能は医療ニーズの高い利用者が今後も多いと思うので、介護職もそれに慣れていけるような取り組みや意識改革が必要。もっと介護職にもかかわってもらえるようにしたい。
医師とのやりとり：看護師が意見を言うことを快く思わない場合もあり、聞きづらいことがある。クリニックに複数の医師がいる場合、情報共有がされていなかったり、医師によって指示が変わったりする。

【この事例から学んだこと】
１．ご本人の希望にそった柔軟な対応ができるのが看護多機能の強みであり、それが利用者・家族の満足度を高め、安心感につながる。
２．家族は、その時その時で良いと思うことを選択しており、揺れることもあるが、それを否定せず丁寧に寄り添いかかわっていくことで、信頼関係の構築につながる。
３．医師の指示や医療的ケアをシンプルにアレンジし、介護職でも実施可能なようにすることで、看護師だけでなく介護職も含めたスタッフ皆が看取りに取り組みやすくなる。

事例５

苦痛症状があるが、入院したくない！　一人暮らしを続けたい！

１．**療養者**　**A さん**　60 歳代　女性
２．**病名**　　胃がん、間質性肺炎
３．**キーワード**　症状コントロール、家族ケア、独居、看護と介護の連携・協働、チームケア
４．**家族の状況・介護者**　30 代の長男と次男（キーパーソン）

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2018 年 4 月 1 日　　**法人の種別**　医療法人
職員の常勤換算数　**看護職**　10.4 人　**介護職**　9 人　**事務職**　1 人
利用者数　女性 13 人　男性 6 人　**平均介護度**　3.7　**１日平均通所者**　10 人　**宿泊者**　3 人　**訪問者**　5 人
看取りケアの経験　11 人　**2018 年度**　**事業所**　8 人　**自宅**　2 人
事業所の特徴　訪問看護・訪問介護ステーション、居宅介護事業所を開設した後、看護多機能を立ち上げた。
運営上の工夫　看護多機能が担う役割を基盤として、どのような人を何のために支えるのかという理念の共有が重要であり、そのために多職種、個人のスキルに応じた個別研修を計画的に実施している
課題　小規模多機能と同じ施設基準では通いの時に休むベッドが不足したり、リハビリ職配置に加算がない。また、看護多機能以外のサービスで、自費が発生してしまうことがある。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・医療法人の医師との連携を密に図ること。
・訪問看護ステーションを立ち上げた時より地域の医療機関と連携体制ができている。地域の医療機関は看護多機能の特性をよく理解し、検査や治療のために入院しても、落ち着けばすぐに退院となる（今回１週間）。
【人材育成】
・訪問看護で経験の少ない看護師は看護多機能の専任として医療・看護処置の教育を受け、臨床経験を積む。
・介護職には、キャリアに応じた個別指導と少人数（2 人）性で、介護技術、コミュニケーションスキル、メンバーシップ・リーダーシップの図り方、チームケアにおける連携の図り方（情報伝達の方法や内容の吟味）を教育する。
【仕組みづくり】
・看護師 2.3 名が看護多機能に常駐し、医療処置が必要な利用者が泊りを利用する場合は、看護師が夜勤する。法人の看護師は看護多機能と訪問看護ステーションの業務を兼務するが、8：2 のバランスを考慮し配置している。
・常に看護師がそばにおり、介護職に対して「人が死ぬのは当たり前であり、訪問したら呼吸が止まっていることもあるから、驚かないでね」とデスエデュケーションを行い、死のタブー観を払拭する努力をしている。
【家族関係の構築】
・看護多機能便りを年に 3 回発行し、看護多機能の簡単な講座や取り組みなどを掲載し、ご利用者・家族の看護多機能への認識を高めている。本事例では、最終段階では「亡くなりにきた」という家族との共通認識のもと「呼吸が止まったら教えてください」と家族に話し、心構えをしてもらった。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：本人や家族の意向に柔軟に対応する、緩和ケアの知識と技術、医療機関との連携スキルを高める、自宅あるいは看護多機能で看取る家族の意思決定支援を早い段階から始めること（場合によっては自宅での看取りではない方が良いこともあるので最善策について本人や家族と合意しておくことが必要）、介護職を支えながら看取りケアにおける成功体験を介護職に重ねてもらうこと
課題：事業所で看取る場合、平均 5 日間程度の利用だが、1 週間以上の連泊となったときにベッド不足に陥りやすい。

８．A さんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
もともと一人暮らしで、自由気ままに暮らしていた。動くと呼吸が苦しいにもかかわらず、買い物が大好きで、看護多機能への通いの前後で買い物を楽しむことが多かった。呼吸が苦しいために買い物をやめて帰ろうと働きかけても、「もうすぐ死ぬのだから買い物させて」という本人の意思を極力尊重し、職員は買い物に付き合った。事業所の近くに住む職員が対応する時には、職員の子供も一緒に買い物を楽しんだ。
自宅はエレベーターのないアパートの 2 階で、間質性肺炎が悪化し、看護多機能への通いが困難になった時、2 人の息子は仕事をしているために自宅で看取ることは難しいと考えられた。自宅に近い看護多機能での看取りが適切だと判断し、次男が事業所に泊まって事業所で看取るという方針のもと、看取りを支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X 年 6 月　医療機関から、余命 6 か月で自宅に帰りたいと言われていると紹介があった。
要介護 2 で看護多機能のサービスを週 2 回の通いと訪問の利用を開始した。
通いでは、入浴の援助を主な目的とした。
看護多機能には、入浴のための十分なスペースがあり、自立から仰臥位での入浴まで対応できる。
X 年 9 月　呼吸困難が憎悪したことと、麻薬を経口で内服していたが、嚥下通過障害を認めたため、検査および評価目的のために 1 週間入院した。
X 年 10 月 1 日～　自宅に帰ったが、看護多機能に通いたいとの意向で、10 月 9 日法人職員に集合をかけ、車いすに乗ったままの状態で 2 階からおり、看護多機能で入浴し、1 泊して自宅に帰った。要介護認定区分変更の申請により要介護 4 となった。
X 年 10 月 15 日～19 日　事業所で看取りたいという息子の意向により、泊りを利用しての看取りとなった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・「その人らしく最期まで」を形にすること。それは看護師だけ、介護職だけではできないことであり、チームで協働することが重要である。
【看取りを成功に導いた要因】
・自宅がアパートの 2 階であり、看護多機能に通うにしても、2 階から階段を車いすの乗った状態で 1 階まで降りるために人手が必要であった。しかし、突然の招集にも法人の職員が応じ、「看護多機能に行きたい」という利用者の意向に対応できた。
・事業所と自宅が近く、移動距離が短く短時間で行けた。
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・自宅に福祉用具を入れようとしても介護保険の限度額オーバーとなることがある。
【課題】
・がんの場合、医療保険となるために訪問看護は減算となってしまうことがある。

【この事例から学んだこと】
一人暮らしで、医療依存度が高い利用者でも、死の直前まで医療を受けつつ、大好きな買い物を楽しみながら生ききることができたのは、看護多機能ならではの支援のあり方である。
全職員が同じものを見ていないと、看取りは実現できない。いろいろなたわいもない話をじっくりしないと、その人の想いは理解できない。
全職員が同じものを見て実現できた看取りのケースであり、介護職にとっても成功体験であり、成長につながった。

事例６

40 歳代の末期がんの利用者に、疼痛コントロールをしながら外泊を支援するなどして看取った事例

１．**療養者**　**A さん**　40 歳代　女性
２．**病名**　卵巣がん、うつ
３．**キーワード**　壮年（中年）期の利用者、がん、疼痛コントロール
４．**家族の状況・介護者**　夫は死亡　子どもと 2 人暮らし　実母が主介護者

５．看多機の概要と特徴
開設年月日　2013 年 4 月　　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　**看護職**　4.5 人　**介護職**　8 人
利用者数　女性　11 人　男性　9 人　**平均介護度**　3.2　**１日平均通所者**　13～14 人　**宿泊者**　7 人　**訪問者**　4 人
看取りケアの経験　100 名以上　**2018～2019 年度**　**事業所**　10 人　**自宅**　0 人
運営上の工夫と課題
がん末期の利用者は、医療保険と介護保険の両方で点数がとれるので採算がとれるが、その分、利用が終了した時に収益が落ちる。以前は病院からの依頼が多かったが、現在は地域包括支援センターやケアマネジャーからの依頼も増えてきている。看護多機能の認知度が上がってきたのではないか。看護多機能の良さを広めていきたい。

６．看取りに向けた体制づくり：
【医療体制】
現在は訪問診療が専門の医師もいて、在宅医が増えてきた。今後さらに近隣の病院と連携をとっていく必要がある。看護多機能として何をやっていけるかを打ち出していくことが課題である。

【人材育成】【仕組みづくり】
・死期が近づいている人の利用について、当初は介護職も不安だったと思うが、頻繁にそのような利用者に関わっていく中で、怖気づくことなくケアをできるようになった。ここ数年は介護職のアセスメント力も高まり、安心して看護・介護できていると思う。
・介護職の負担になっている部分を知り、それを軽減するようにしている。死とかかわったことがない人が多いので怖いというスタッフには、人の最期の時に関わらせていただく幸せについて伝えている。
・清拭時など、看護職と介護職で一緒に行うようにしている。

【家族関係の構築】
利用開始時に本人・家族とアドバンス・ケア・プランニングについて話し、状態が変化した時には、意向に変化がないか細やかに確認する。

７．看取りケアでの工夫と課題
医療依存度の高い利用者が多いので、介護職一人での夜勤は不安だと思われる。吸引も最小限にして、管理者が宿直待機している。

８．A さんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
卵巣がんになり、初めの 1 年半は訪問看護で介入していたが、ある時から全然連絡がとれなくなり、手紙をポストに入れる等していたが、訪問してもカギが開かず会えない状況が続いていた。ある時、ご本人の母親から「動けないので来てほしい」と連絡あり。かかりつけ医を受診していなかったため、近所の往診してくれる医師に診察を依頼し、オキノーム散とボルタレン座薬を処方してもらった。痛みで動けない状態であったが、「トイレに行きたい」と希望あり、ベッドから起き上がるのに 30 分、トイレまでの移動に 15 分かけて介助した。抗がん剤での治療に希望を持っており、麻薬の内服を拒否していたため、まずボルタレン座薬を使用したが効かず、1 時間ぐらい丁寧に説明してオキノーム散を内服した。薬剤の効果を自覚され、定期内服を開始した。
「どうしても歩きたい、そうでないと抗がん剤の治療ができない」と言い、車椅子を押してでも歩いていたが、受診時に病院内で倒れ、搬送された。現在の状態では化学療法は難しいと医師より説明を受け、自宅での生活は難しいということで、看護多機能の利用開始となった。
看護多機能での療養を望んだことと、夫が建てた家（自宅）への外泊、疼痛コントロールも含めて支援が可能な看護多機能での看取りが最善であると判断された。

９．看取りの支援経過および支援方針
看護多機能を利用し始めてから、顔面麻痺が出現した。検査の結果、脳転移があるということで放射線治療のために入院した。今後のことを話し合うため、看護多機能のスタッフも在宅医とともに病院に行き話し合った。退院先を緩和ケア病棟か、看護多機能に戻るのか、どちらにするかを本人に訪ねたところ、「看護多機能に帰る」と希望した。
看護多機能に戻った当初は、車椅子で動くことができていたが。痛みが強く、腹臥位でしか眠れず、さらにうつ症状からも不眠が続き、夜間のみセデーションをかけてどうにか眠っていた。
兄妹が遠方から会いに来て、一緒に食事に出かけたり、また、「夫が建てた家で過ごしたい」と希望あり、数回外泊したりしたこともあった。外泊時は、痛みが強いため、リクライニング車椅子やベッドマットに臥床したままセデーションをかけ、5 人介助で看護多機能の自動車を使用し自宅へ移送した。外泊中は看護師がオンコール対応した。

モルヒネの皮下注も開始し、夜間のみセデーションをかけて眠れるようにした。やりたいことを聞くと、特に答えられなかったが、「子どもさんが小さいので、22 歳になるまでの誕生日プレゼントを作ったり、お手紙を書いてみては？」と提案すると、全部作り上げられた。
最期は、親戚一同が看護多機能へ泊まり、みんなに看取られて亡くなった。
看護多機能の利用は約半年、最初の訪問看護と合わせると 2 年ほどの利用期間であった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・麻薬の処方もできる訪問診療医との連携
・看護多機能には看護師が複数名いて、麻薬や持続点滴の管理ができたこと。

【看取りを成功に導いた要因】
・利用者との関係づくりを根気強く行ったこと。若い利用者は特に自分の意思をしっかり持っているので。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・本人は自分の余命が短いことを受けとめていたが、子どもが小さいのでとても心配だった。亡くなった夫の家族に養子にもらわれていった。
・家族関係があまり良好ではなかった。看護多機能のスタッフが入り込むところではないかもしれないが、頼られると関わらざるを得ない。本事例では、最後には兄妹間の関係も修復することができ、看取りまで行うことができた。

【課題】
・本事例では、ほとんど看護師が介入していた。当時、介護職は看取りを始めたばかりで、看護職と介護職の間で隙間があった。介護職にもっとかかわらせてあげたかった。
・看護多機能をもっとアピールして、若い看護師にも就職してもらいたい。新卒でも育てていきたいと思っているが、なかなか来ない。病院みたいな給料が出せないのが辛いところである。

【この事例から学んだこと】
1. 看護多機能は、高齢者だけでなく、若いターミナル期の利用者の看取りを支えることもできる。多機能を活かして、自宅へ訪問したり、状態が悪い時は「泊まり」を利用してもらうなど、柔軟に対応できるため、利用者・家族の希望に沿うことが可能である。
2. 看護師が複数名配置されるため、がん末期に必要な麻薬や持続点滴の管理がしやすく、疼痛コントロール・症状コントロールを行うことができる。
3. スタッフの負担になっている部分を把握し軽減しながら、コンスタントに看取り期のケア経験を重ねることで、介護職のアセスメント力も向上し、安心して介護できるようになった。
4. 看護職である管理者は、人の最期の時にかかわることができる幸せや、看取りの仕事の素晴らしさをスタッフに伝え、やりがいがもてるようサポートしている。

事例７

目がきらきらした生きる意欲のある100歳の生を支えた事例

１．療養者　**Aさん**　100歳代　女性
２．病名　腸閉塞
３．キーワード　1日3回抜管、100歳代で胃瘻、80歳代の娘
４．家族の状況・介護者　80歳代の娘と2人暮らし　息子夫婦は近隣に在住　主介護者は娘

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2014年6月1日　**法人の種別**　社会福祉法人
職員の常勤換算数　**看護職**　2.5人　**介護職**　7人　**事務職**　0人
利用者数　女性20人　男性2人　**平均介護度**　2.8　**1日平均通所者**　5人　**宿泊者**　9人　**訪問者**　2人
看取りケアの経験　31人　**2018年度**　**事業所**　8人　**自宅**　4人
事業所の特徴　あくまでも医療機関ではなく家として看護多機能で対応する
運営上の工夫と課題　急性期の病院での看取りに疑問を感じ、同じグループの社会福祉法人の看護多機能へ異動。利用者家族と共に看ていく方向。よく話し合い、お互いに信頼関係を作った上での看取りを目指している。当初は医療用語の理解を介護職に得るのに苦労した。また、看護多機能に合致した利用者に利用してもらうことへの理解を得ることも難しかったが、今では利用者・家族の評判により利用者・家族から直接相談があることが多い。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
事業所の隣にクリニックがあり、最初は良い関係とは言えなかったが、利用者の主治医であったことから徐々に関係を構築した。今はほとんどの利用者の主治医である。主治医は他の開業医とネットワークを構築しており、不在時は他の医師が診る体制となっている。
【人材育成】
看護師は看護多機能専従であるため、医療的なことは介護職に丁寧に指導することができる。最終段階に入ると、介護職は看護職である管理者に頻繁に状況報告があり、「亡くなる前はそのような状況になる」ことを伝えると「じゃあどうすればよいのですか」と聞くようになった。「何もしなくてよいのですよ、手を握って話しかけたらよいのです」と辛抱強く対応し、少しずつ対応できるようになった。また、四肢麻痺の利用者を受け入れ、この利用者のケアをすることで全職員が介護技術を向上させた。ケアをしながら介護職を教育している。
【仕組みづくり】
最初から看取るつもりで看護多機能へ異動した。大変な患者さんも多かったが、医療機関ではないところで看取りを行いたかった。職員に「このような方が利用予定ですが」と相談すると、最近は、「ダメと言っても受け入れるのでしょう」と言って受け入れてくれる。
【家族関係の構築】
家族には、先の見通しも含めて全てを詳しく伝えるようにしている。職員には自分の親だったどうしてもらいたいか考えることを習慣にして、対応するように言っている。30年の介護経験がある家族のクレームに必死に応え、お詫びをしながら関係を構築したこともある。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫としては、本人や家族との信頼関係の構築である。看取り後も家族が来所することが多く、利用者の紹介もあり、関係が続いている。医療機関の信頼もある。
課題は、職員全体の教育である。利用者を増やすための営業は管理者を含めて職員全員が未経験であり、現在も管理者以外はできていない

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
80歳代の元教師の娘と2人暮らしのAさんは、101歳までは自宅で畑仕事をしながら身の回りのことができるレベルで生活していた。腸閉塞になって、入院加療するが、経口摂取できなくなり経鼻栄養となった。治療が終わったが自宅に戻れず、自宅から遠いサービス付き高齢者住宅に居住することになった。娘は、どうしても地元で看てあげたいと思い、当事業所の情報を聞き、サービス利用の相談があった。管理者が面会に行くと、とてもクリアで、目に力があり、生きる意欲がある人だった。自転車で遠いサービス付き高齢者住宅に面会に行く娘にとっても、自宅に近い当事業所で最期まで看たほうが幸せだと判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
100歳代　腸閉塞で入院加療後に経鼻栄養となり、医療機関併設のサービス付き高齢者住宅に退院した。
経鼻経管で栄養剤の注入が終わると抜管していた。
看護多機能のサービス利用開始（土日は職員2人が自宅に連れて帰り、自宅に1泊して看多機に戻り、宿泊サービス利用）。
自宅のベッドに寝ると嬉しそうだった。看護多機能に娘は毎日訪れ、畑仕事を一緒にしたり、職員には料理を教えたりしていた。Aさんは時々話をした。話のできる方は食べることができるのではないか、と考え、少しずつ経口摂取を始めた。食べる量は増えてきたが水分が摂れず経管は必要だった。毎回、管を抜くため鼻の入り口に潰瘍ができたこともあり、胃瘻の増設をした。固形物は口から摂取し、水分は胃瘻から注入したところ、食べる量が増えていった。
排便コントロールは難しかった。便秘の際にはマッサージ、浣腸、大腸検査時に使用する下剤を使用しても出ないことがあった。TVで放送されていた油を胃瘻から注入して、ようやく排便できたこともあった。
看護多機能のサービスを利用開始から1年半経過。
X日　急に朝から発熱と嘔吐があった。
娘はいつものように朝から来所しそのままずっとそばにいて泊ることにした。
18時過ぎに眠るように亡くなった。
近くに住む長男の嫁が、ちょっとでも長く自宅に連れて帰りたいと言い、台風の真っ最中の暴風雨の中夜中に職員2人の介助で自宅に連れて帰った。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
経鼻栄養の胃管を毎注入後に抜くために、医師の指示の下、注入前に毎回看護師が充分に注意して確実に挿入し、確認を怠らなかった。100歳代で胃瘻をつくることについては、主治医も最初は躊躇しが、合意して胃瘻を作った。

【看取りを成功に導いた要因】
本人の生きる力と娘の地元で看たいという強い思いと熱心な介護の姿勢と、当事業所の目指す「医療機関ではない場所での自然な看取り」が合致した。毎回管を挿入したり、食べられるものを準備したり、排便コントロールを徹底することは大変だったが、工夫して丁寧なケアを継続した。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
最初は利用者が少なかった。看護多機能を利用するようになると元気になって対象外になる人が多かったが、現在は専門職間で看護多機能の機能を理解してもらえるようになり、看取りを一生懸命実践していたら、空きが出るとすぐに紹介がくる関係ができた。

【課題】
本事例では特になかった。

【この事例から学んだこと】
100歳を超える高齢であっても、生きる意欲がある人は、胃瘻を作ってQOLが高い生活を送ることができる。
医療機関ではない場所で、胃瘻のある人を、その人や家族の意向にそって自然に看取ることができる。
利用者および家族から職員は多くのことを学ぶ。

事例８

サービス付き高齢者住宅への訪問により、医療ニーズの高い老老介護のケースを看取りまで支えた事例

１．療養者　**Aさん**　80歳代　女性
２．病名　脳梗塞後遺症による脳血管性認知症（末期）
３．キーワード　老老介護、サービス付き高齢者住宅での看取り、訪問看護、訪問介護
４．家族の状況・介護者　夫とサービス付き高齢者住宅に入居中、夫も持病あり
次男家族（ケアマネジャーや看護師）が近所に在住

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2013年4月　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　**看護職**　4.5人　**介護職**　8人
利用者数　女性　11人　男性　9人　**平均介護度**　3.2　**1日平均通所者**　13～14人　**宿泊者**　7人　**訪問者**　4人
看取りケアの経験　100名以上　**2018～2019年度**　**事業所**　10人　**自宅**　0人
運営上の工夫と課題　看護多機能の事業内容についてケアマネジャー等の認知度が低い。
看護多機能は単価も高く、地域の人たちにも知られていない。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
医師の訪問診療には必ずついてやりとりする。セデーションやモルヒネの開始のタイミングについてなど、意見を伝えたり電話で指示をもらったりしている。

【人材育成】
看取りやアドバンス・ケア・プランニング、高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケアについての勉強会をしている。

【仕組みづくり】
・看取りによる負担感がないか、介護職員に声をかける。「大丈夫？」「こんなに看取りをしているけど、いい？」と尋ねると、「みんないるので大丈夫」「看護師さんの力を借りながら（やっています）」と言う。
・医療ニーズの高い利用者の看取り期は、スタッフの不安や負担を軽減する意味でも、看護師である管理者が看護多機能に泊まって必要時ケアに入る。

【家族関係の構築】
利用開始時に必ず、本人・家族とアドバンス・ケア・プランニングの話をする。何か状態が変化した時（発熱時など）は電話すると家族は安心する。状態悪化時にもう一度アドバンス・ケア・プランニングについて確認し、変化がないか尋ねる。80歳代でも化学療法をする方もいるので、治療中の利用者とは頻回に話し合いをしている。

７．看取りケアでの工夫と課題
認知症の末期、心不全の末期、慢性疾患の末期でターミナルの方が多い。がん末期の利用者には医療保険で毎日訪問に入れるが、慢性疾患だと特別指示書を書いてもらわない限りは難しい。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
サービス付き高齢者住宅に入居し、他事業所のデイサービスと訪問看護を利用していた。吸引が必要な状態となり、夫もデイサービスでも吸引が難しいということと、中心静脈栄養のためのCVポートを留置中であることから、かかりつけ医より看護多機能に利用依頼があった。
夫は「家でみる」という希望があるため、はじめは通いを中心に、時々訪問を組み合わせて利用していたが、夜中に「痰を取ってください」「熱が出た」など数回電話がかかってきたりして、1週間ももたなかった。その後は1年間ほど泊まりを継続し、穏やかに過ごされていた。
夫も妻と一緒のところがいいと希望し、通いを中心に、時々泊まりを利用した。本人とは言葉での会話は難しかったが、アイコンタクトで意思表示をすることはできていた。
家族の希望により、看護多機能から住んでいたサービス付き高齢者住宅に帰り、訪問サービスで医療ケアを提供できる看護多機能での支援を受けながらの看取りが最善であると判断された。

９．看取りの支援経過および支援方針
誤嚥性肺炎で入院した際、退院時に家族より「看取りはできますか」と尋ねられ、看護多機能での看取りを視野に入れて利用を再開した。寝たきりの状態であったが、できるだけ車椅子に座るようにした。
徐々に呼吸が浅くなってきて、夫も看護多機能に泊まり、付き添っていたが、他の家族より「最期は、住んでいたサービス付き高齢者住宅に連れて帰りたい」と希望があった。「連れて帰って看取りまでされるのですね」と意向を確認し、医師とも相談の上、サービス付き高齢者住宅へタクシーで戻った。
その後はサービス付き高齢者住宅への訪問看護、訪問介護を行い、数時間毎にオムツ交換を行ったり、酸素吸入、CVポート管理、吸引などを実施した。痰が増えると苦しそうな顔をされ、家族に吸引の負担もかかるので、医師と相談しながら点滴の量を徐々に減らしていった。
娘は他県から面会に来ていた。だんだんと呼吸が乱れてきたので、「もうすぐかと思います」「あと2、3日だと思います」「何かあれば夜中でも電話ください」と伝えた。
最期は娘から「呼吸が止まりそう」と連絡があり訪問、穏やかに息を引き取られた。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・Aさんは吸引やCVポートの管理が必要であり、サービス付き高齢者住宅に入居中でもあったため、通いや訪問により医療ニーズに応える必要があった。かかりつけ医が看護多機能の機能を理解されており、紹介・利用につながった。
・清拭などは、看護師と介護職2人で訪問した。介護職も様子を知ることができ、これも看護多機能の良さではないかと思う。

【看取りを成功に導いた要因】
「もともと住んでいたところで死なせてあげたい」という家族の思いが強かったこと。
サービス付き高齢者住宅にも同法人の事業所があったにもかかわらず、他事業所が入ることを受け入れてくれたこと。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・サービス付き高齢者住宅の玄関が夜間閉まっており、なかなか開けてもらえないことがあった。夫からの連絡で入るような感じであった。
・サービス付き高齢者住宅の職員との連携が全く取れなかったこと。

【課題】
他法人の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に入ってケアすること。よそ者が来たというような顔をされることがあり入りづらい。
サービス付き高齢者住宅の機能について一般の人に認知されていない（サービス付きと言っても、介護サービスが提供されるわけではないので、そのことを理解しないまま利用に至る人がいる）。

【この事例から学んだこと】
1. 医療ニーズの高い利用者に、看護を柔軟に（通いや泊まり、訪問などで）提供できるメリットを、医師やケアマネジャー、一般の方に知っていただくことで、看護多機能の有効な活用につながる。
2. 地域の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などと看多機が連携することで、看取りまでを支えることができる可能性が広がる。
3. アドバンス・ケア・プランニングを丁寧に行い、本人や家族が納得して過ごせるようサポートしている。

事例９

多機能を活かした柔軟なマネジメントにより、本人の希望に沿い最期までできるだけ自宅で過ごせるよう支えた事例

１．療養者　Ａさん　80 歳代　男性
２．病名　甲状腺がん、肺がん
３．キーワード　柔軟なマネジメント、自宅での看取り、家族のケア
４．家族の状況・介護者　妻、息子との３人暮らしであり、妻と息子で介護していた

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015 年３月　**法人の種別**　医療法人
職員の常勤換算数　**看護職**　７人（訪問看護ステーションと兼務）　**介護職**　９人
利用者数　20 人（2019 年８月 31 日現在）　**平均介護度**　3.5　**１日平均通所者**　12 人　**宿泊者**　４人
看取りケアの経験　20 人（＋医療機関７人）　**2018～2019 年度**　**事業所**３人（＋医療機関４人）　**自宅**　０人
運営上の工夫と課題
開設当初は長期の泊まりを上限まで（7 名）入れていたが、現在は 3～7 名程度。それほど困っていることはないが、強いて言えば職員がギリギリであり、夜勤は介護職で行っているが誰かが急に欠員になったら困る状態である。3:1 の基準が崩れるようなことになれば、訪問を増やすなどして調整しないといけなくなるだろう。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
看護多機能なので、他の事業所では受け入れられないような医療依存度が高い利用者を積極的に受け入れていくようスタッフへ伝えている。
【人材育成】
看護多機能を立ち上げた当初から、看取りを念頭においていることを介護職にも伝えている。どういう報告を介護職から看護職へすべきか、社内研修をしてきた。特に、看取りが初めてという介護職には細かく指導している。「一緒にマッサージしてもらっていい？」など介護職も一緒にケアする場を設けて看取りを重ね、経験を積むことで、その経験が次に活かされている。
【仕組みづくり】
利用開始時の意向確認は必ず行うことになっているが、それに加え、看取りが近づいてきた時点で、主治医からのインフォームドコンセント後に、この看護多機能で看取ることへの「承諾書」をとっている。承諾書は厚生労働省の看取りガイドラインに準じて作成しており、看護多機能での医療体制や看取り期の援助内容、経口摂取について、どこで最期を迎えたいか、心肺蘇生の希望などの内容が含まれている。
【家族関係の構築】
- 看護多機能で最期を迎えるか、自宅を選ぶか、本人や家族の希望を第一に優先し、それに応じるようにしている。
- 終末期で「亡くなることが近づいている」ということについて、家族が本当に理解しているか確認する。理解していないと思われる場合、スタッフも同席し何度も主治医から説明してもらう。これからどのように状態が変化していくか、事前に説明する。
- 家族は、看護多機能で看取ると決めた後も「治療させなくていいのだろうか」などと葛藤している。そういう場合は医師に連絡し説明してもらったり、あるいは医師から「こんなふうに家族へ伝えて」と指示を受けて看護師から説明したりしている。

７．看取りケアでの工夫と課題
- スタッフと頻繁に訪室し会話をして、１人にしないようにしている。また、亡くなる前日まで口から食べられたという人も多い。食べたいものやお酒など医師に確認しながらできるだけ叶えている。このような取り組みにより、暴言があった利用者や反対していた家族も「もっと早くここに来たかった」と言ってくださることがある。
- あまり課題と思ったことはない。家族が納得していることが大事。できるだけ後悔ややり残しがないように。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
在宅で長く療養されていたが、体力が徐々に低下してきて、かかりつけ医の紹介で看護多機能の利用開始となった。「家がいい」というご本人の希望により、「通い」メインで、週 3～4 回手引き歩行にて通いに来られていた。
痩せて声が出なくなり、痰がたまりやすく、食事が入りにくくなってきたため、医師から状態に合わせて「泊まり」を導入することについて説明。食事・水分補給ができておらず、低ナトリウム血症となり、自宅ではなかなか対応が十分ではなかったため、泊まる日数を増やしていった。

９．看取りの支援経過および支援方針
食事形態を普通食→二度炊き粥→全粥→ペースト→補助食品（ゼリー状）など工夫して、食べられるものを見つけていった。尿量低下に対して膀胱留置カテーテルを留置した。膀胱留置カテーテルを留置してからは、「こんな格好だから通所は行きたくない」と言われるようになり、訪問を増やしていった。連日発熱がある時などは泊まりを利用するようにしたが、「家に帰りたい」と希望されたため、解熱したら自宅へ帰るようにした。膀胱留置カテーテルを留置中もリフト浴などで入浴介助を行った。
だんだん臥床時間が長くなり、褥瘡（発赤）が見られるようになったため、泊まりを利用し治療を行っていたが、最後まで「家に帰りたい」という本人の希望が強かったため、「何かあったら連絡してください」と伝えて自宅へ帰った。
発熱や痰が取れないという連絡を受け、吸引のため訪問したり、バイタルサインをみながらかかりつけ医へ連絡し、訪問診療・往診に来てもらったりした。２日後、自宅にて永眠した。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
- 電話するとすぐに医師が見に来てくれていた。家族にも「今こんな状態です」「これからこうなります」などと細やかに説明してくれ、家族も「わかりました」と、それほど動揺もないようだった。
- 看護師から介護職へ、夜勤前の申し送り等で「ここに気をつけてね」「心配なことがあればいつでも電話してね」と伝え、何かあれば看護師が来て様子を見て、医師へコールしている。介護職からあまり不安は聞かれない。

【看取りを成功に導いた要因】
本人や家族が、看護多機能、かかりつけ医の双方と上手く連携が取れていた。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
- オンコールで医師、看護師、家族と連絡が取れているので、特に困っていない。看取りを大変だと思うことはない。「最後までがんばったね」という感じ。
- 泊まりを連日使用しているなかで亡くなった方で、家族と連絡がつかなかったことがある。第一連絡先につながらず、第二、第三連絡先の人はあまり深い関係ではない場合もある（ずっと連絡をとっていない家族など）。今後、身寄りがない利用者や、家族と連絡がとれない場合などにどうしていくか。民生委員や自治会等も巻き込んでいかないといけないのではないか。行政の連携している斎場などとも連携していかないといけない。

【課題】
- 問題を抱える事例を看取る時のスタッフの疲弊。休んでほしいが、職員数が最小限のため、うまく休暇などを取得できないこともある。

【この事例から学んだこと】
1. 「家で過ごしたい」という利用者の希望を叶えるために、「通い」「訪問」「泊まり」を柔軟にマネジメントし、できる限り家で過ごす時間をつくることができる。
2. 看取りが近づいていることについて家族の理解度を確認し、今後どのように状態が変化していくのかを細やかに家族へ伝えることで、家族が納得して看取ることにつながる。
3. 医療ニーズの高い利用者を受け入れることや看取りまでを支援することは看護多機能の役割という認識を持てるよう、日頃から職員にも伝えたり、看護職と介護職がケアを一緒にする、介護職の不安がないような声かけする等して、看取りの体制づくりをしている。
4. 今後、独居者や身寄りのない方の看取りに備えて、地域の民生委員や自治会等を巻き込むなど体制づくりを検討していく必要がある。

事例１０

テーマ
開設して間もない、Ａ市に１つしかない看護多機能での看取りの模索

１．療養者　Ａさん　90 歳代
２．病名　右誤嚥性肺炎、アルツハイマー型認知症、高血圧症、腎機能低下、骨粗鬆症、糖尿病、貧血、脂質異常症
３．キーワード　初めての看取り
４．家族の状況・介護者　長男（市内)、次男（市内)、長男は週に 1～2 回程度の面会あり
次男は持病があるため面会はほとんどない

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2020 年３月１日　**法人の種別**　社会福祉法人
職員の常勤換算数　**看護職**　2.5 人　**介護職**　７人
利用者数　女性７人　男性４人　**平均介護度**　4.1　**１日平均通所者**　６人　**宿泊者**　０人　**訪問者**　33 人
看取りケアの経験　開設後２人　**事業所**　１人　**自宅**　１人（サービス付き高齢者住宅）
事業所の特徴　訪問看護ステーションの歴史が長い。将来は障害児・者との共生型の事業所運営を視野に入れている。
運営上の工夫と課題　医療依存度の高い利用者に対して看護多機能の宿泊機能を活用いただき、在宅生活の調整の場として提案している。在宅生活が軌道に乗ったところで状況に応じて卒業を提案し既存のケアマネジャーへお返しする形を推奨している。老人保健施設には在宅復帰をスムーズに支援するための提案を実施している。
課題として、管轄市町へ問い合わせるが情報共有及び回答が得られにくい。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
- これまでに構築されている訪問看護ステーションを中心とした連携体制で運営している。
- 医療依存度が高い方を処遇できる高齢者住宅を活用できる。

【人材育成】
- 開設時の介護職は、訪問サービスの経験が豊かな職員を採用した。
- 介護職にはミーティングでの指導や研修を行っている。
- 管理者は高齢者施設などでの看取りの経験が豊富である。その経験を生かして、通所との違い、訪問サービスとの違いについて指導している。医療に関しては、訪問看護ステーションの経験豊富な看護師の協力を得ている。
- 医療依存度の高い、重度の方の入浴方法を、利用者１人ひとり職員と検討した。

【仕組みづくり】
- 看護多機能の看取りについては、状況に応じて特別指示書を発行していただき訪問看護は医療保険、その他の通所サービス、訪問介護サービスは看護多機能にて実施できる体制を構築した。
- できたばかりの事業所なので、一つひとつ職員と話し合いながら実施している。管理者は一から十まで職員に指導するのではなく、考えるヒントを与えるようにしている。

【家族関係の構築】
- 看護多機能の看取りについては、状況に応じて、特別指示書を発行していただき訪問看護は医療保険、その他の通所サービス、訪問介護サービスは看護多機能にて実施できる体制を構築した。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：１例目のＡさんは、意思表示が少なく、全身状態が衰弱傾向にあるため職員と情報共有し、ケア方針について検討を重ねながら支援を実施した。
課題：看護多機能の地域にとっての役割を模索しつつ、地域のオンリーワンの特性を生かして地域へ周知・普及していく。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
利用登録時に主治医より、いつ急変されるか分からない、明日かもしれないが１年後かもしれない、と家族へ説明された。看多機での対応としては、平穏な日々が少しでも長く継続できるように、基本的な身体介護は丁寧に、訪問看護では状態観察、苦痛の緩和など、当たり前のことをきちんと行う事が、Ａ様にとって一番必要と思い実施してきた。Ａ様からの意思表現がほとんどないため、介助者側ができる事すべてを行ってきた。

９．看取りの支援経過および支援方針
医療機関へ入院する前は、同法人の小規模多機能を利用していた。退院前のカンファレンスで、医療ケアが必要になっているため、看護多機能の利用を家族が希望したため利用となった。

Ｘ年３月 25 日	サービス付き高齢者に退院し、看護多機能の利用を開始した。 通い週２回の利用日以外は毎日訪問していた。
Ｘ年５月	全身状態悪化のため、訪問看護特別指示書にて医療保険の訪問看護で点滴施行。 通所サービスの利用困難となり、毎日数回にわたり訪問看護（医療)、訪問介護を実施。
Ｘ年５月 23 日	23 時 50 分にご逝去。管理者と訪問看護師で訪問しエンゼルケアを行った。

看取りの最初のケースだったので介護職員に体験してほしかったが、23 時 50 分に亡くなられた。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
医療依存度の高いご本人のケアを通して、介護職と看護職の連携をはかることができた。
毎日２回訪問して利用者をみていたので、介護職も呼吸状態の変化（いつもとの違い）にも気づき、看護職に適切に報告することができた。

【看取りを成功に導いた要因】
高齢者住宅を活用した看取りであり、包括報酬のメリットを家族もしっかり理解されていることで臨機応変にサービス内容を変更できたこと。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
管理者としては、看取りはするものと思っているので心配事はない。

【課題】
- 医療依存度が高いと急変や余命が短い場合が多く、退院調整の途中で、病院で亡くなるケースが多いように思う。
- 在宅療養を継続していく中で家族は不安と疲労で継続が困難になることは多々ある。看護多機能を活用し、在宅生活を継続できるように支援するが、最終的に安心感のある病棟を希望されることは多々あると感じている。
- 看護多機能での看取りを目指していた他の利用者（Ｂ氏）は、総合病院の緩和ケア病棟への入院となった。
本事例に対しては、看護小規模多機能を活用することでのシミュレーションをしっかり提案することが重要だったと考える。わかりやすいサービス提案と納得が重要である。
- 介護職員が対応したのは、おむつ交換や掃除だったりと、医療に関わることは看護職にお任せしているようなところがあった。看取りは看護の仕事と考えているようなところがある。

【この事例から学んだこと】
- 医療依存度の高いケースへのケアの方法、連携のとりかた、看取るということ

事例１１

がんのターミナル期にある夫とその妻を支えた事例

１．療養者　Aさん　70歳代　男性
２．病名　　食道がん
３．キーワード　在宅療養と在宅死　介護負担の軽減（介護者支援）
４．家族の状況・介護者　妻と２人暮らし　妻が介護している

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015年７月１日　　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　看護職　4.2人　**介護職**　8.3人　**PT・OT**　２人
利用者数　女性13人　男性12人　**平均介護度**　3.4　**１日平均通所者**　8.56人　**宿泊者**　０人　**訪問者**2.8人
看取りケアの経験　2019年以降３人　**2018年度　事業所**　０人　**自宅　０人**
事業所の特徴　看護多機能の開設は小規模多機能からの移行である。
運営上の工夫と課題　系列の住宅型有料老人ホームとの連携により、安定的に利用者を確保している。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・看取る方向で対応していても、いざとなったら救急搬送を希望する利用者や家族がいたり、ターミナルではなく疾患の治療ができる場合もあったり、主治医と相談して搬送することもある。死期がより迫った時に本人が救急搬送を求めたことはない。救急搬送して入院して、原因がわかって戻ってこられた例もある。（救急搬送を否定はしていない）
・看護師、管理者、訪問診療医、すべて24時間オンコール体制をとっている
【人材育成】
・看取るためには知識が必要である。知識がないと不安になる。そのため、さまざまな研修を実施している。内容は、接遇、グリーフケア、身体拘束・虐待、コミュニケーション技術、何より気づくことができる状態観察。
・延命は利用者にとって苦しい時間が延びる可能性があるということ、救急搬送すると家族との時間を持てなくなるということを研修で伝えている。
【仕組みづくり】
・話し合いを繰り返すことが大切。延命治療をしないと言っていても、同意書をもらっていても変わるので、確認を繰り返す。
【家族関係の構築】
・延命についての相談の場合は、医師にも加わってもらう。
・家族には毎日、状態を率直に伝えるようにしている。離れて暮らす家族のために、記録をとっている。
・認知症で見当識障害がある場合は、家族に聞かざるを得ないが、それ以前の段階で利用者の意向を聴いておいたり、普段のやりとりを記録したりしている。家族に対して、施設が利用者の代弁をすることもある。

７．看取りケアでの工夫と課題
看護多機能のサービスは、内容を自由に設定できるので、働き甲斐、工夫のし甲斐がある。少人数なので利用者一人ひとりに合わせて過ごしてもらうことができるようにサービスを提供する。会社の理念や方針によるところが大きいと思うが、スタッフの士気が高い。スタッフは大変かもしれないが、利用者にとっては良い事業者であると思う。その大変さが、働き甲斐になっている。
系列の住宅型有料老人ホームの利用者が多いため、泊りの利用は少ない。通いは日に10人ぐらい。通いのない日には、訪問したり買い物に付き合ったりする。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
妻との二人暮らし。本人は妻のために生きたい、妻は夫に一日でも長く生きてもらいたい、と考えており、妻の介護負担を軽減するために看護多機能の利用を希望した。妻の介護負担が重かったので、ホスピスの利用を何度も確認したが、利用の希望はなく、自宅での看取りを、家族と看護多機能と訪問診療で体制を整えることが望ましいと判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X年３月　食道がんと診断される。
体力的に手術はできず、抗がん剤治療を開始したが効果が得られなかった。放射線治療に切り替えたところ効果が得られ、限界まで照射し、一時的に回復した。しかし再発し、セカンドオピニオンも求めたが、打つ手がないことがわかり、緩和ケアに移行した。自宅で看取る予定だったが、最終段階で利用することがあるかもしれないと考え、病院を通してホスピスにもつないだ。
X年６月　状態が悪化し、入浴が一人でできなくなり、食事がとれなくなってきたことから、看護多機能利用となる。中心静脈栄養法を実施していたため、看護師が月曜～土曜、日に２回訪問、後に日曜も訪問するようになる。妻の介護負担軽減のため、娘が泊まりで介護していたが、看護多機能の通いを利用して入浴と妻の休養を確保した。泊りの利用はなし。訪問介護・看護で、足浴、清拭、髭剃り実施。中心静脈栄養法とは別に、妻が、毎回食べられる分だけを形状も考えて食事を準備した。がんの末期で、痛いというより、やり場のない苦しさがあり、もがいたり　起こしてくれと言ったり、横になりたいと言ったり、食べると言いながら食べられなかったり、立てないのに立とうとしたり、不安から壁をたたいて妻を呼ぶといった繰り返しで　妻の負担が重かった。最期の２日間は危篤状態で、家族が見守った。
X年12月　眠るように亡くなった。夜中過ぎだったが、訪問診療医に電話すると、すぐにでも行けるが、家族で朝まで過ごすことも可能である、と提案され、朝まで家族で過ごし、6時～7時に死亡確認された。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・訪問診療医は連携がとれているクリニックである。

【看取りを成功に導いた要因】
・本人・家族と看護多機能との信頼関係が確立されていたこと
・妻に対するケア　妻からの愚痴を看護師が聴いた
・マッサージや声掛けも含めた緩和ケアの実施
・看護師が本人の手を握って妻の負担を軽減
・男性看護師の訪問：力仕事の依頼

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・特になし。家族は、とても満足していた。
（きれいな顔で亡くなった。思い残すことない。がんばった。手厚くケアしてもらった。）

【課題】
・特にない。

【この事例から学んだこと】
最後までやりとげたというスタッフの満足度も大きかった。
死後にスタッフと妻で話し合いの機会をもった。病院にいるのと違って、家にいるとやはり自由である。テレビを見たり、好きなものを好きな時間に食べたり、何より最愛の人が傍にいる。病院では、あばれたりすると拘束されるかもしれない。妻が望めばホスピスに行くことも考えていたので、何度も確認した。最期の一日をホスピスで過ごすことは考えなかった。最期の数日をホスピスで過ごすのは、環境が変わってかえってかわいそうだと思った。

事例１２

行動障害のある利用者を看取った事例

１．療養者　Aさん　90歳代　男性
２．病名　　パーキンソン、認知症
３．キーワード　認知症、暴言・暴力
４．家族の状況・介護者　妻と二人暮らし　妻が介護を行っている　息子・娘は他県に在住

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015年９月１日　　**法人の種別**　有限会社
職員の常勤換算数　看護職　３人　**介護職**　８人
利用者数　女性10人　男性５人　**平均介護度**　3.5　**１日平均通所者**　５人　**宿泊者**　３人　**訪問者**　７人
看取りケアの経験　10数人　**2018年度　事業所**　１人　**自宅**　２人
事業所の特徴　小規模多機能から看取りを視野に入れて看護多機能へ転換した　民家改修型
運営上の工夫と課題　人として最期を迎えてほしい。家で過ごすことが難しければ、家に近い場所で第２の家として、職員が家族に近い存在となり傍にいる、という思いで立ち上げた。当初は人件費により赤字、小規模多機能・看護多機能をマネジメントできるケアマネジャーが不在であり、老健との関係づくりなど試行錯誤し利用者を確保した。訪問中心、訪問と通い、泊り中心、とある程度利用者を区分し、職員も訪問と施設での仕事が偏らないようにしている。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
利用者の受け入れを相談してくる医療機関が訪問診療医を紹介する。利用者はそれぞれ主治医がいる。終末期に訪問診療・往診ができない場合は、対応できる医師を紹介する。事業所として気心の知れた医師に切り替えるほうが楽だが、家族にとって安心できる医師であることが重要なので、こちらから提案はしない。
【人材育成】
看護師の場合終末期の支援を得意とする看護師とそうでない看護師もいるので、時期に応じて担当を替える。
看護師の中には、終末期に入って病院への搬送を主張する者もいるので、理解のある看護師を担当させる。
介護職全員に終末期の支援についての研修を実施している。最初から思いを共有している職員が定着した。
【仕組みづくり】
利用者・家族に対し、看護多機能は施設ではなく、家であるということを最初に丁寧に説明する。自宅で亡くなることを支援すること、看護多機能で亡くなる場合もあるが、死を目前にして病院に搬送はしないことを文書化し、合意を得ている。
介護職だけでも看取りはできるが、看護職によって介護職の看取りへの意欲や熱意が下がったように感じている。
【家族関係の構築】
余命半年を目途に主治医と相談し、家族に話し合いをもちかける。その際、最期は病院でと家族が言えば、病院や施設などを探して移ってもらう。看護多機能に泊まり、介護する家族もある。最後に救急搬送ということにならないよう、カンファレンスを行い、合意書を交わしている。

７．看取りケアでの工夫と課題
自宅での看取りを希望される家族には、自宅に帰すタイミングをはかることが難しい。夫を自分の腕の中で死なせたいという妻がいて、実現させることができた。その妻に町で会うこともあり、とても元気に生き生きとしていらっしゃって、施設にお菓子を持ってたまに来てくれることもある。精いっぱい看取ったという満足度があると、その後の立ち直りも早いのではないか。
家族対応で困るのは、本人の金銭管理を複数の親族が別々に管理している事例。サービスの利用料も誰が払うのか決めてもらえなかったりする。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
家にいると、暴言・暴力があるため、妻は施設を探していたが、どこも受け入れてもらえず、老健から相談があった。開設当初で職員にも余裕があったので、受け入れた。すでに、暴言・暴力の最も激しい時期は過ぎ、徐々に嚥下機能が低下していた。呼吸器をつけるかつけないか、という選択をすることになり、妻が呼吸器をつけないこと、延命しないことを選択した。その後は主治医（訪問診療と往診）と連携して対応した。
かかわりの当初は、通い中心だったが、暴言・暴力により、妻が眠れなくなり、泊り中心のサービスで日中を自宅で過ごすパターンに移行した。昼食を自宅で摂って、職員が夕方迎えに行っていたが、自宅に帰ることが難しくなった。県外に住む息子が帰宅する日に合わせて月に１回自宅に帰るような生活となった。
家族の意向、本人の状況に応じて支援方法を変更しながら対応した。最期は、家族は自宅で看取るつもりはなかったこと、妻の負担を考えて、事業所で看取ることが最善と判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X年－1年半　老健から相談
認知症の確定診断はないが認知症の行動・心理症状のような症状が出現（特に暴言や暴力）
投薬はなし
胃がんの診断があったが積極的な治療はなし
看護多機能で通い中心のサービス提供を開始
暴言・暴力で妻が眠れなくなったため泊り中心で、日中自宅で過ごすサービス提供に変更
X年－1年3か月　妻の介護負担が重いため、泊り中心で月に数日自宅に帰るようになる
X年－1年　全身状態が徐々に悪化してきたが、呼吸器の装着や延命治療をしないと妻が決断する
X年－6か月　妻の介護負担が重いため、月に１回他県に住む息子が帰る時に自宅に帰るようになる
X年5月～　事業所で息子のほか、他県に住む娘も訪れ看取った。

家族より　息子は最初から関りがあった。ずっと父の薬を届けに通っており、母と看護多機能の関係が深まるに従って、看護多機能として自然に息子とも話ができるようになっていった。母が元気で過ごせているのでよい、父には母に負担をかけてほしくないので、それを実現してくれている看護多機能には感謝している、とのことであった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・確定診断や投薬がないなかで、暴言・暴力に対応せざるを得なかった。
・他に受け入れてくれる事業所がないなかで対応した。

【看取りを成功に導いた要因】
・子どもたちは母（本人の妻）に対して協力的だった。母の負担を軽くしたいと考えていた。
・妻は「うつ」が疑われるような言動があったが、知的な理解力に問題はなかった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・最初は、家族の意向や家族関係の把握が難しく、どこまで関与すべきか悩む。

【課題】
・やむを得ずグループホームを利用した際、妻はしばしば呼び出された。重度の利用者を小さな事業所１つで支えることは困難な場合もある。看護多機能を利用するまでは、たらいまわし状態であったとのことである。

【この事例から学んだこと】
本人・家族にとって、看護多機能は初めて本格的に利用する介護サービスだった。
他の事業所が受け入れを断るような重度の利用者を看取りまで支援することができ、やりがいは大きかった。

事例１３

全く心を開かなかった人に、快適と感じてもらえるよう 本人のイヤなことはせず、関係を作った事例

１．療養者　Aさん　70歳代　性別　男性
２．病名　脳腫瘍末期
３．キーワード　夫婦関係　本人との信頼関係の構築
４．家族の状況・介護者　妻と２人暮らし

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2013年12月1日　**法人の種別**　有限会社
職員の常勤換算数　看護職　3.6人　**介護職**　6.7人
利用者数　女性　9人　男性7人　**平均介護度**　3.1　**1日平均通所者**　12人　**宿泊者**　8人　**訪問者**　1人
看取りケアの経験　17人　**2018年度　事業所**　5人　**自宅**　0人
事業所の特徴
運営上の工夫　最大25名まで登録できるが、サービスの質を落とさないよう、15-16名に留めている。通い中心と泊まり中心の利用者の割合は泊り中心の利用者の方が少し多い。最期は当施設で亡くなるケースが多い。癌末期・肺炎・心不全などで亡くなるケースが多い。
課題としては、病院で手術や処置をすると、本人にはとても負担なので入院しても早期に退院させたい。

６.看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・退院時、家族の介護負担が重いなどの理由で大学の医療相談室からの紹介が多い。大学病院での治療を終了すると、地域の医師を大学が紹介し、その医師が訪問診療・往診を行い、最期も看取ってもらう。大学病院との連携は継続。
・かかりつけ医がいる場合は、そちらに訪問診療・往診や看取りを依頼する。できない場合は「〇〇先生に主治医になってもらうのが良いと思います」とこちらから提案することも多い。
・事業所の近くに訪問看護ステーションがあるので、医療保険でそこからいつでも駆け付けることができる。
【人材育成】
法人全体で研修項目を決めている　エンゼルケアは介護職員だけでもできるのが、介護職にも必要な研修を行っている。麻薬の使用などについては看護職の指示のもと介護職にも学んでもらっている。
【仕組みづくり】
・本人の選択を大事にしている。“手を出さない”“口を出さない”“目は離さない”ということを徹底している。
①　否定をしない。②　人間として基本的な食べること、眠ること、排泄すること、心地よいと感じること、を大切にしている。
利用者には、やれることはやってもらっている。ただやさしくして見守るということはしない。行事その他にも、参加したくない人には参加してもらわないなど自由にしている。自宅の机上に、「葬儀一切不要　火葬のみ」と書いたメモがあったため、遺言書も作成した事例もある。
・看多機で亡くなれば、看護多機能でエンゼルケアも行い、葬儀の準備もする。
【家族関係の構築】
・看護多機能サービス利用の前には、必ず自宅訪問し、家の構造や家族の状況なども聴き取る。

７．看取りケアでの工夫と課題
・年に5-6件の看取りがある。開設以来、25-30件看取っている。
・泊り中心に利用している人の家族が、末期になって自宅に本人を戻すことを希望することは少ない。本人もまた、自宅に帰ることを希望しないことが多い。たいていは日帰りで帰宅、泊まっても2-3日で施設に戻って来る。
・利用者ごとに、思い出のアルバムを作っている。亡くなった後、家族にも見せている。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
いろいろな治療（放射線、ガンマ線など）で皮膚が脆弱になり、本人も妻も疲弊していた。妻は、大学病院だけでなく、夫をあちこちの病院に連れて行っていたようだ。大学病院は抗がん剤を使うが、家族がもうかわいそうだからやめてほしい、と希望し紹介された。
本人は「病院はイヤだし家もイヤ」だと言い、最初は何も話さず、誰とも口をきかず、食事もほとんどとらなかったが、徐々に慣れてきた。食べたくないと言えば無理強いせず、放っておいてほしいと言われれば放っておいた。
本人の意思を尊重したケアを継続し、足がおぼつかなくなっても、最期までおむつはしなかった。スタッフは、目は離さないが、手を出さず、本人の希望に添うよう支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X-7～8か月　大学病院を退院し、自宅で妻が介護
X-6か月　看護多機能で介護を開始

・慣れてきて、夜、部屋から出てきて事務所をのぞいたりするので、お茶を飲みませんか、座りませんか、というようなところから始めた。関係を築くまでに1か月かかった。
・居間で皆と一緒に食事をとるようになった。食事は全部手作りで、本人の希望を細かく聞くようにしている。
・関係ができると、「ありがとう」「うれしいなあ」「ごめんなさい」「わかりました」といった言葉がでてくるようになった。
・娘が二人は比較的近くに住んでいて、時折訪れていた。孫を連れて来るときもあった。「娘さん、美人ですね」と言うと、嬉しそうだった。
・妻が来所することは、めったになかった。それまでの夫婦の歴史があったのだと思う。妻は衣類等を持ってきても、玄関先に置いてすぐに帰った。
・全身状態は次第に悪化し、妻に迷惑をかけたことと、金銭面とを気にしていた。金銭面は心配ないことを伝えた。妻が面会に来たとき「申し訳なかった」と畳に手をついて謝っていた。
・最期は、妻と娘さんたちとが施設で看取った。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・訪問看護を24時間体制で整えた。看多機は常勤の看護師がいるので看護職と共同で24時間体制を作れている。
・病院で手術や処置をしても効果がない時には、治療を中止するため早期に退院となるので退院後のあり方。

【看取りを成功に導いた要因】
全く心を開かなかった人に、快適と感じてもらえるように、本人のイヤなことはしないように努め、関係性を作ることができた例である。介助はたいへんだったが、最後まで自己選択を支援できたことがよかった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
本事例では、特になかった。

【課題】
情報伝達などは専門職として的確に行えるようになってもらいたい。要点を的確に伝えられないと、相手の時間を無駄に使わせることになり、利用者へのサービスも遅延する。

【この事例から学んだこと】
・自己選択・自己決定の尊重
・特別養護老人ホームに移ったケースで、その日の夕食に食べ物を喉に詰まらせて亡くなった例がある。やはり大規模施設では目が届かないことがあり残念である。本人家族が希望した時、最期まで過ごすことが可能になるよう支援できるような施設が大事である。

＊昔の家屋をリニューアルした建物なので、空気の流れを大切にしている。朝、縁側をあけて空気を入れ替えるなど行っている。そのためインフルエンザが蔓延したりすることもこれまで経験していない。
＊コロナ禍においても通常通りのサービスを提供している。

事例１４

訪問看護と訪問診療により自宅で看取った事例

１．療養者　Aさん　70歳代　女性
２．病名　確定診断なし
３．キーワード　看護多機能、有効性、必要性
４．家族の状況・介護者　夫と２人暮らし　近所に長女（歯科医）が転居し介護を支援

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015年6月8日　**法人の種別**　有限会社
職員の常勤換算数　看護職　4人　**介護職**　5人
利用者数　女性9人　男性7人　**平均介護度**　3.6　**1日平均通所者**　12人　**宿泊者**　6.6人　**訪問者**　6.4人
看取りケアの経験　**2018年度　事業所**　3人　**自宅**　0人
事業所の特徴　清潔援助と家族の不安軽減が支援の中心であり、ロングショートの末の自宅に戻る支援
運営上の工夫　生活の中で状況を伝え、感じながら、本人・家族とともに歩んでいきたい

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・利用者それぞれの主治医との情報共有・連絡を適切に行うように努めている。医師と看護多機能がうまく連携できなければ本人・家族の支援ができないので、まず、連携できる主治医であるかどうかの見極めが必要であり、連携できないと判断すれば、別の主治医を探すことになる。
【人材育成】
・看護師が介護職員に対して看取りに必要な教育を行っており、同系列の他事業所と合同で研修を実施している。
【仕組みづくり】
・管理者を中心に家族・スタッフ・医師が本人を支援できる体制を整えている。急性期を終えて退院することになった時点で相談を受ける。医療ニーズの高い事例が多く、主治医がいればその医師と、いなければ在宅医を紹介する。
・病院から看護多機能へという事例の他、自宅から看護多機能へという事例ももちろんある。事業所の介護・看護スタッフと訪問診療とで利用者ニーズに対応できるので、他機関との連携はほとんど必要ない。
・緊急搬送についても事前に話し合っておく。看取り期に入って急に体制を作るということではなく、利用開始から徐々に通所と泊まりの割合を変えながら、支援体制をその時点にあわせて整えていくようにしている。
【家族関係の構築】
・看護師として予測できることを説明し、家族が気づかないうちに亡くなることもあることなどを伝え、家族に不全感が残らないような支援を心がけている。
・連絡ノートを通して家族に本人の情報を伝え、本人が家族から引き離されることがないように心がけている。
・家族が看取る覚悟を持てるように支援している。たとえば、当面終末期の対応が必要ないと思われる利用者については、どういう状況で緊急搬送するか、しないか、家族が判断できるように、将来に備えて、家族にバイタルサインの読み取り方などを伝えている。

７．看取りケアでの工夫と課題
看護多機能が果たして必要なのかどうか疑問である。確かに看護多機能は、緊急の短期入所など利用者の要望に柔軟に対応することができる。しかしそれが故に、看護多機能に本人の世話を任せてしまう家族が多いように思う。看護多機能を介護保険施設の一類型であるかのように捉えられている。利用者の生活基盤は自宅にあるということを認識するように促し、施設入所を希望するのであれば特別養護老人ホームなどを利用することを考えては、と提案すると、特別養護老人ホーム入所は考えていないという答えが返ってくる。そのような利用者にとって看護多機能は、介護保険施設よりも小規模で家庭的な環境を備え、自由・融通の利く「入所施設」である。それに対し、訪問介護・訪問看護・訪問診療・短期入所などの居宅サービスをそれぞれ必要に応じて利用しながら家族を介護する家族には、看取りまでを見通した具体的なビジョンやプランがあり、家族に対する愛情や責任感があるように感じられる。宿泊機能を多用し、本人を看護多機能に任せてしまう家族には、連絡ノートを通して本人の状況を活き活きと伝えることが有効であると思うが、そのための職員の資質向上が課題である。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
キーパーソンである長女（歯科医）に母親を看取りたいという強い希望と意思があったため、看護多機能を利用せず訪問看護と訪問診療を利用することで、自宅での看取りを支援することが適切であると判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針

X－数か月　転倒による骨折後、下半身麻痺となった。その原因を探るために多数の医療機関を受診したが、大学病院を含めどの医療機関においても、下半身麻痺の原因を特定するには至らなかった。
時間の経過に伴って病状は悪化し、意識障害もみられた。歯科医である長女が遠隔地から実家近くに転居し、両親を支えた。歯科医であることから、口腔ケアや食事については、長女に任せ、その他を訪問看護と訪問診療で支援し、自宅で看取った。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・長女が歯科医であったためチームの一員だった

【看取りを成功に導いた要因】
・長女の母親を自宅で看取りたいという強い希望と意思

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
母親が亡くなっていく、ターミナルのステージを確実に進んでいっているということがわかる時、自身で世話をせず、施設や病院に預けてしまうと、母親が死んだ後、もう少し生き長らえることができたのではないか、施設や病院は本当にできる限りの手を尽くしてくれたのだろうかと思うのではないか、家族の死を、施設や病院のせいにしてしまいそうだ、と長女が言ったことが強く記憶に残っている。

【この事例から学んだこと　課題を含めて】
家族の満足度は非常に高かった。
この家族と比較すると、現在、看取りまで看護多機能でと希望している利用者が２名で、残りの利用者の家族は、最期は救急車での搬送を希望している。状態が低下してくると、家族に説明しなければならないが、苦しそうに見える家族を見守るしかないこと、その家族にスタッフは寄り添うことを伝えている。訪問看護を利用する家族（看護多機能を利用する家族のようにすぐに家族を専門的サービスに預けることができない）は、本人を看取る覚悟ができやすいように感じる。専門職として、家族の言うままに動くことはできない。家族の要望の一方で本人が置き去りにされてしまう。本人の代弁者にならなければならないが、そうできていないところがあり、今後の課題である。

事例１５

本人・家族の思いにとことん寄り添った事例

１．療養者　Ａさん　80 歳代　女性
２．病名　全盲（両眼網膜剥離）　直腸癌　多発性肺転移
３．キーワード　思い、適切な情報提供、チームケア、共通認識
４．家族の状況・介護者　夫は他界　市内に長女家族と孫家族が在住

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2014 年 4 月 1 日　**法人の種別**　医療法人社団
職員の常勤換算数　**看護職**　3.1 人　**介護職**　7.1 人
利用者数　女性　21 人　男性 5 人　**平均介護度**　2.8　**1 日平均通所者**　16.9 人　**宿泊者**　4.4 人　**訪問者**　4 人
看取りケアの経験　17 人　**2018 年度　事業所**　5 人　**自宅**　0 人
事業所の特徴　サービス付き高齢者住宅・グループホーム・宅老所と併設、デイサービス・定期巡回随時対応型訪問介護看護有
運営上の工夫と課題
・定期的に病院のソーシャルワーカー（MSW）と情報交換し、看護多機能の仕組みや空き状況などの共通認識を持つ。
・運営推進会議の場で紹介された事例の支援状況を話して理解を得ている。
・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との交流を大切にしている
・医療ニーズが高い方が対象なので、利用が少ない時もあれば集中する時もあり、プランニングに苦労する。
・元気になられた時に別のサービスへの移行の提案がしにくい。

６.看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・総合病院の医師と在宅医の役割を退院時カンファレンスや担当者会議で明確にする。
・緊急時の連絡体制を構築し、入院が必要な場合の受け入れ先を決め確約する。
【人材育成】
・介護福祉士の喀痰吸引研修や外部の看取り研修への参加。法人マニュアルを使用した定期的な看取り研修の実施。
・ケアプランは、本人・家族の気持ちを考慮した内容であり、その気持ちを常に考えケアに当たる意識づくり。
【仕組みづくり】
・本人の状態に合わせて柔軟に対応するための体制を構築する（一時入院等）。
・些細なことでも、気軽に相談できる体制を作る（医師⇔看護師、介護支援専門員⇔MSW 等）。
【家族関係の構築】
・包み隠さない情報提供（伝え方はオブラートに包んでなど、考慮する）。
・言葉だけではない情報提供（写真入りの手紙で報告）。
・必要時、適切な担当者からの説明（医師、看護師、管理者、介護支援専門員等）。
・定期的に話し合い、情報共有する。

７．看取りケアでの工夫と課題
・介護福祉士など介護職は喀痰吸引の研修に参加し、ほぼ全員吸引ができる資格を取得している。
・主治医との連携を密に行っている。
・自宅での看取りは少なく最期の最期に入院する人もいる。家族の負担と介護力を考えると、自宅は難しい、と感じている。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
他県在住で、夫婦で介護施設に入所しており、長女が市内在住で月に 1 回程度、他県まで通っていた。長女自宅近くで介護したいと相談があり、市と検討し住所地特例制度を使って夫婦でサービス付き高齢者住宅に転居した。夫は看護多機能を利用し、本人はデイサービス利用を開始する。朝食はいつも夫婦一緒に食べたい、との希望を尊重し、毎日一緒に朝食を摂り、ティータイムも楽しむ等、夫婦の時間を楽しんでいたが、X-3 年、夫をサービス付き高齢者住宅で看取った。その後もサービス付き高齢者住宅で穏やかに生活していた。X-2 年、徐々に自分でできていたことができなくなり、見守りや介助が必要となった為、定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス（定期巡回）を開始する。その後、幻覚や不穏状態が出現したり下血を認めたため、話し合いの結果、X-1 年、看護多機能サービスに切り替えた。直腸がんで人工肛門造設、心肺停止などエピソードを経、身体レベルの低下、蘇生時の肋骨の骨折の痛みもありベッド上の生活となった。入院中、家族と話し合い「今後、何かあっても入院はさせたくない。入院は寂しい。看護多機能での生活の音を聴きながらゆっくり過ごさせたい」との希望があり、本人からも「娘の傍に居たい」との発言があって、看護多機能で最期まで支援することが望ましいと考え、全職員が同じ気持ちで支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X-1 年 7 月　幻覚が出現し、「ここはどこ」などと言い、廊下に出て声を上げるといった不穏状態が続く。
X-1 年 9 月　嘔吐があり、食事が入らなくなったと同時に下血を確認することが多くなった。
X-1 年 10 月　定期巡回から看護多機能利用へ変更。下血について主治医への相談し、精査が必要と判断され総合病院受診。結果、直腸がんとの診断。人工肛門を造設。
X-1 年 12 月　退院時カンファレンスを経て退院し、看護多機能の利用を再開。家族から看護多機能を利用しながらの看取りの希望があり、医師、病院看護師、看護多機能（管理者兼介護支援専門員、訪問看護師）、家族（長女）がチームを組んで支援。退院後 3 日目に突如意識低下、死戦期呼吸状態になり、救急車要請中に呼吸・心肺停止の状態になる。救急搬送され、心肺蘇生と AED を施し救命。12 月中旬に退院。
1. 退院時に看護多機能は生活主体であり、連携による医療・看護の提供であることを説明し、理解を得る。
2. 病院の医師はかかりつけ医（在宅医）に情報提供し、日頃の診察は在宅医、緊急時は総合病院とする関係の構築。
3. 看護多機能のショートステイでの受け入れ。管理者が法人の「終末期における医療等に関する意思確認書」と「終末期ケア（看取り）についての同意書」について説明し、同意を得る。
4. 終末期ケア（看取り）介護支援計画書に基づき、スタッフに必要な医療ケアの内容を説明する。
5. 本人が食べられるマグロの刺身半解凍をワサビ多め、果物、炊き込みご飯等の味付けご飯を極力食べてもらう。
6. 遠方の長男に月に 1 度は情報提供（状況がわかるように写真入りのお手紙を送る）を行う。
X 年 1 月　誕生日月に体調を見てリクライニング車いすで、家族（長女・孫）と誕生会に参加し記念撮影を行った。
X 年 3 月　徐々に身体レベル低下。口渇強く、再々の水分要求あるが、排尿は減少し、全身浮腫の状態が続く。時々喘ぎ声、独語も増える。ほぼ毎日、在宅医が診察し、看護師または医師が家族に報告する。
X 年 4 月　看護多機能で永眠。「最期までありがとうございました。悔いのない介護でした」と感謝の言葉を表明。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・とにかく風通しが良い関係であること。病院と看護多機能との連携の要は、MSW と介護支援専門員だと思う。
・在宅医療に熱心な医師の確保。
・介護支援専門員、看護職、介護職の知識、利用者・家族を思いやる心と共通認識を持てたこと。
【看取りを成功に導いた要因】
1. スタッフ全員が、看取りの意識が高かったこと。
2. 総合病院の医師と在宅医の役割分担ができ、家族への説明や話し合いを経て、看護多機能の利用を継続できたこと。
3. 終末期ケア（看取り）介護支援計画書に基づき統一したケアを実現できたこと。
4. 緊急時の連絡体制等のバックアップも、スタッフ全員で構築できていたこと。
5. 本人や家族の思いに寄り添い、答えたいという思いが、スタッフ全員にあり、一致していたこと。
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・ゆっくりとしたターミナル期の方は、急変が分かりづらく、家族への連絡のタイミングが掴めない方もおり、死に目に合われない方もいる。
【課題】
1. スタッフ全員の技術だけでなく、寄り添える心のレベルアップ。
2. トップダウンではなく、スタッフの立場からのボトムアップの意見が多くなるようなケアのあり方。
3. 自宅での看取りの実現。
可能であれば、短い時間でもタイミングを逃さずに自宅へ戻り自宅の天井を見せてあげたい、という思いがある。
【この事例から学んだこと】
1. 医療職も福祉職も、本人や家族を思う気持ちが一緒でなければ、看護多機能での看取りは実現しないということ。
2. 連携がしっかりしていること、また、定期的な看取り研修で、知識も身に付けることで、スタッフ全員が安心してケアできること。
3. 少しずつではあるが、看護多機能の仕組みを理解している総合病院や在宅の医師も、増えてきていると実感した。これまで、病院への説明や、退院時カンファレンスへの参加、通院時に付き添い医師とコミュニケーションを図ること、ケアプランの提示を行い、生活全般を理解してもらうことに力を入れてきた。また、認知症カフェや高齢者サロンを、近くの事業所と一緒に手がけ、地域交流をすすめるとともに、事業所間の連携を図っている。このような、地道な活動の継続が必要である。
4. しっかり本人や家族の気持ちを傾聴し、共感した上で、看護多機能でできるケア内容を考えていくことで、両者に寄り添えるケアとなったこと。
5. 「生ききる」「診きる」「看きる」ことが、本人や残された家族にとってのグリーフケアにも結びついていくこと。

事例１６

入院する１週間前まで働き、日常を過ごしていた自宅での最期の５日間

１．療養者　Ａさん　74 歳　女
２．病名　膵臓がん
３．キーワード　夫の「妻の死」の理解
４．家族の状況・介護者　60 歳代の夫と 2 人暮らし、娘 2 人、娘の 1 人が状況を適切に理解できる

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2019 年 2 月 1 日　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　**看護職**　10.8 人　**介護職**　7.7 人
利用者数　女性 11 人　男性 3 人　**平均介護度**　3.5　**1 日平均通所者**　8 人　**宿泊者**　1 人　**訪問者**　10 人
看取りケアの経験　4 人　**2018 年度　事業所**　0 人　**自宅**　0 人
事業所の特徴　訪問看護ステーションの管理者だった訪問看護師が起業、難病患者の支援を主軸とする事業所
運営上の工夫と課題　会社全体で難病、医療依存度の高い方の対応実績があるため、ALS の受け入れをしている。サービス付き高齢者住宅と同一建物にあり、様々なイベントを行っている。
課題としては、市町村が設置した生活圏域でのみの集客のため、思うように利用者が増えていかない。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・系列や併設する医療機関がないために、地域の医師と密に連携してサービスを提供している。

【人材育成】
・1 か月に 1 回の全体研修のほか定期的な各事業所での定期的な研修あり。
・介護職は全員吸引ができる態勢である。看護多機能は吸引の実習施設としても指定されている。
・併設のサービス付き高齢者住宅医療依存度の高い方が入居しており、看取りも実践している。職員はサービス付き高齢者住宅で実践経験を積む。

【仕組みづくり】
・医療依存度の高い方が通える場所として、看護多機能の前に療養通所看護を立ち上げたが、経営が厳しく看護多機能に移行した経緯がある。
・併設のサービス付き高齢者住宅には、併設の訪問看護・介護ステーションがサービスを提供し、難病の方へのケアや看取りの実践を積み重ねている。
・介護職には、看護職に連絡すべき時、内容を的確に伝えている。
夜間医療依存度が高い方がおられる場合は看護職も夜勤に入る。

【家族関係の構築】
・家族の意向を十分に聞き、悔いの無いようなサービス提供を心がけている

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：利用者・家族が 悔いの無いように関わるようにしている。
課題：看護多機能では、スペースや人員の割合看取りが難しいため、サービス付き高齢者住宅を活用している。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
入院する 1 週間前まで飲食店の店長として働いていた。どうしても家に帰りたいという本人の意向に対し、主介護者となる夫は、定年退職後で家にはいるものの、介護能力が高いとは言えず、入院中の医療機関のソーシャルワーカーが看護多機能の利用を勧めた。
退院時、やっと立位が取れる身体レベルだったにもかかわらず、夫は“大丈夫です”と言い、妻の ADL の状態や自宅での介護について理解できていない様子だった。夫は、妻が人生の最終段階にあることも理解できていないようだったが、本人の意向を尊重して、看護多機能を利用しながらの自宅での看取りが適切だと判断し支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X - 5～1 日
・退院時、すでに腹水が貯まり、食事は摂れず、トイレに行けない状態であった。「自宅で看取ることになると思いますが…」と夫に話を切り出すと「え？死んじゃうの？」と、ポカーンとした受け止め方であった。
どのようにして支援するか、職員間でその日の情報を共有し話し合いながら進めた。
・訪問看護・介護サービスを提供し、内服管理、保清を中心に行った。
・痛みの訴えはなく、麻薬を使用することはなかった。
・起き上がることがつらいようで、ポータブルトイレへ行くことができず、おむつを使用した。
・自宅では、外を眺めることができ、「きれいだねー」と話しながら、夫、訪れる娘、孫と過ごした。

X 日
・朝からの訪問介護サービスでは、保清をして髪を結い、孫も訪れ過ごしていた。
・13 時に娘から「呼吸が苦しそうだ」と電話があった。
・5 分以内に到着したところ、下顎呼吸をしていた。
・夫は外出していたが、電話で説明して帰ってきてもらい、状況を説明するが理解に乏しい様子だった。
・何度も「お別れの時期ですよ」と話をして、家族、親戚皆が集まってお別れをした。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・介護職と看護職間での情報の共有。夫の状況を逐一確認しあっていた。家族（娘）との連携も密に図っていた。

【看取りを成功に導いた要因】
・退院時に、医師が自宅を訪れ、病状を説明していたが、夫の理解は乏しかった。そのため、繰り返し説明した。
・訪問サービスを十分に提供することができた。
・自宅は事業所のすぐ近くにあり、自転車でも 5 分で行ける距離であったため、対応しやすかった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・自宅での看取りの場合、夜間は家族が看るため、どのようなタイミングで事業所に連絡してもらうのかの説明が難しかった。「わからないことがあったらいつでも電話してください」と伝えていた。結果として夜間に電話があって対応することは起こらなかった。

【課題】
・状況に応じた訪問介護と訪問看護のスケジュール調整

【この事例から学んだこと】
自宅で看取った初めての事例であり、“自宅で看取る”ことが初めての職員もおり、「病院に搬送するのではないのですか？」と問う職員もいた。看護多機能を利用し、自宅で看取る方向であった利用者が、家族の意向で病院へ入院した事例も実際に存在する。死＝病院と考える人が多い中で、看護多機能の職員が「自宅で亡くなるということ」を学ぶことのできた事例である。
本事例に関わるなかで、死に場所を選ぶことや死生観について考えるようになった。病院は嫌だな、こういう死に方もあるのだなと考えさせられた。

事例１７

看護多機能を利用しながら在宅療養が１か月継続できた事例

１．療養者　**Ａさん**　60 歳代　女性
２．病名　肺がん末期
３．キーワード　思い・適切な情報提供・タイミング・チームケア・共通認識
４．家族の状況・介護者　夫、敷地内に長男家族が在住

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2014 年 4 月 1 日　**法人の種別**　医療法人社団
職員の常勤換算数　**看護職**　3.1 人　**介護職**　7.1 人
利用者数　女性　21 人　男性 5 人　**平均介護度**　2.8　**１日平均通所者**　16.9 人　**宿泊者**　4.4 人　**訪問者**　4 人
看取りケアの経験　17 人　**2018 年度**　**事業所**　5 人　**自宅**　0 人
事業所の特徴　サービス付き高齢者住宅・グループホーム・宅老所と併設、デイサービス・定期巡回随時対応型訪問介護看護有
運営上の工夫と課題
・定期的に病院のソーシャルワーカー（MSW）と情報交換し、看護多機能の仕組みや空き状況などの共通認識を持つ。
・運営推進会議の場で紹介された事例の支援状況を話して理解を得ている。
・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との交流を大切にしている
・医療ニーズが高い方が対象なので、利用が少ない時もあれば集中する時もあり、プランニングに苦労する。
・元気になられた時に別のサービスへの移行の提案がしにくい。

６.看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・総合病院の医師と在宅医の役割を退院時カンファレンスや担当者会議で明確にする。
・緊急時の連絡体制を構築し、入院が必要な場合の受け入れ先を決め確約する。
【人材育成】
・介護福祉士の喀痰吸引研修や外部の看取り研修への参加。法人マニュアルを使用した定期的な看取り研修の実施。
・ケアプランは、本人・家族の気持ちを考慮した内容であり、その気持ちを常に考えケアに当たる意識づくり。
【仕組みづくり】
・本人の状態に合わせて柔軟に対応するための体制を構築する（一時入院等)。
・些細なことでも、気軽に相談できる体制を作る（医師⇔看護師、介護支援専門員⇔MSW 等)。
【家族関係の構築】
・包み隠さない情報提供（伝え方はオブラートに包んでなど、考慮する)。
・言葉だけではない情報提供（写真入りの手紙で報告)。
・必要時、適切な担当者からの説明（医師、看護師、管理者、介護支援専門員等)。
・定期的に話し合い、情報共有する。

７．看取りケアでの工夫と課題
・介護福祉士など介護職は喀痰吸引の研修に参加し、ほぼ全員吸引ができる資格を取得している。
・主治医との連携を密に行っている。
・自宅での看取りは少なく最期の最期に入院する人もいる。家族の負担と介護力を考えると、自宅は難しい、と感じている。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
総合病院から「肺がん末期の状態だが、帰るなら今がラストチャンスの状態。現介護支援専門員より看護多機能の紹介があったので相談したい」と事例の紹介・相談がある。翌日看護多機能の管理者兼介護支援専門員・訪問看護師が出向き、家に帰りたいと望む本人とその意思に賛同している家族と面談した。状態から、「早急に準備をしないと家に帰るタイミングを逃す」と判断し、即時に退院時カンファレンスの開催を依頼した。総合病院の医師に、在宅医への情報提供と急変時の入院ベッドの確保を依頼し、在宅医には訪問診療と必要時の往診を依頼し承諾を得た。一時帰宅し本人、家族、福祉用具業者、看護多機能の管理者兼介護支援専門員、訪問看護師が、安楽に過ごすための環境整備を行った。退院前にサービス計画表を作成し、本人、家族に説明し、同意を得た。外泊も体験し、問題ないことを確認した。退院し、サービスがスタート（2 回/週通いでの入浴、その他は、訪問看護）通いサービス利用後は少しドライブして自宅に帰った。自宅の本人のベッドで、帰りを待っていた孫が昼寝をしていたというほほえましいエピソードがあり、自宅で最期まで支援することが望ましいと判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
X 年 4 月　現介護支援専門員、総合病院から肺がん末期で在宅希望者がいると相談あり。
X 年 4 月　翌日 MSW に連絡し、本人、家族と面談する。
X 年 4 月　退院時カンファレンス
X 年 5 月初旬　看護多機能を利用しながらの自宅療養の開始。
週 2 回の通いでの入浴、体調に合わせての 1 日 1～2 回の訪問看護サービスを提供。全て介護報酬で賄う。
1. 総合病院 MSW、現介護支援専門員、看護多機能の介護支援専門員が、病状やリスクの共通認識を持つ。
2. 本人・家族の思いをしっかり傾聴し、自宅での支援内容について説明する。
3. 退院時カンファレンスにて、病状やリスク、緊急時の対応や在宅医のフォローについて説明する。
4. 総合病院の医師は、在宅医に情報提供し、麻痺性イレウスにおける排便コントロールの管理を依頼。緊急時は総合病院とする関係の構築。
5. 自宅での生活を満足してもらうよう、本人の希望に添ったケアプランにてサービスを施行。
6. 通いの送迎時は、花や思い出のある場所を遠回りのドライブをする。

X 年 5 月中旬　訪問看護より、最近血圧が高いことが多いとのことで、総合病院に相談。
次の日、家族が連れ添い受診。様子観察の指示あり。
X 年 5 月末　突然、呂律がまわらないなどの症状（多発性脳梗塞と、肺がんによるトルソー症候群）が出たため、家族が救急車を呼んで搬送し、紹介元の総合病院へ入院し、数日後に亡くなってしまった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント)】
・とにかく風通しが良い関係であること。病院と看護多機能との連携の要は、MSW と介護支援専門員だと思う。
・緊急時の入院対応の確保。
・在宅医療に熱心な医師の確保。
・介護支援専門員、看護職、介護職の知識、利用者・家族を思いやる心と共通認識を持てたこと。
【自宅での看取りがかなわなかったこと】
・まだ 60 代でもあり、突然の脳梗塞の発症であったために、家族が救急搬送したことは、やむを得ないことだった。自然に最期を迎えるような経過であれば、自宅での死も可能だったと考える。
・本人も生きる思いが強く、家族も病状が分かっていても、無論受け入れられるものではないと思う。その為、少しでも延命したい気持ちも理解できる。
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・総合病院は自宅から 1 時間と遠かったが、肺がんのため、総合病院が主治医となり、在宅医はあくまでも補助的な位置づけ。退院時カンファレンスでもリスクは話し合っていたが、緊急時の対応は総合病院で、搬送に時間がかかった。病名や病状によっては、緊急時は在宅医にすることも必要かもしれない。
【課題】
1. スタッフ全員の技術だけでなく、寄り添える心のレベルアップ。
2. トップダウンではなく、スタッフの立場からのボトムアップの意見が多くなるようなケアのあり方。
3. 自宅での看取りの実現。
可能であれば短い時間でもタイミングを逃さずに自宅へ戻り、自宅の天井を見せてあげたい、という思いがある。
4. 最期の最期は入院するかもしれないが、その一歩手前までは、住み慣れた自宅での生活を実現すること。
【この事例から学んだこと】
1. 家に帰るタイミングを逃さない。
2. 本人・家族が悔いのない時間を過ごすためのサービスの選択。
2. 急変時に入院できる医療機関の確保が必要である。
3. 医療機関の MSW やケアマネジャーの看護多機能の利用が適しているケースの理解を得る。
4. 住み慣れた自宅が、本人に落ち着いた時間を提供していること。
5. 自宅に戻ることで、夫や子供、孫たちに囲まれる事でのパワーや癒しを感じながら過ごされたこと。

事例１８

残された時間を一番好きな自宅で 大好きなパパとママ（息子夫婦）の側で旅立ったＡさん

１．療養者　**Ａさん**　90 歳代　性別　女性
２．病名　老衰
３．キーワード　残された時間、いつもの生活
４．家族の状況・介護者　息子さん夫婦と同居、主介護者は息子の妻

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2012 年 7 月 1 日　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　**看護職**　**7.1 人**　**介護職**　**13 人**　**理学療法士**　0.5 人
利用者数　女性 18 人　男性 4 人　**平均介護度**　3.1　**１日平均通所者** 13.7 人　**宿泊者** 2.2 人　**訪問者** 10.9 人
看取りケアの経験　5 人　**2018 年度**　**事業所**　0 人　**自宅**　2 人
事業所の特徴　中重度対応特化、リハビリ特化など複数のサービスを提供し、地域貢献を行っている。
運営上の工夫と課題　定期的に医療機関の連携室や居宅に訪問し、看護多機能を利用するメリット・デメリットを説明している。課題としては、軽度の利用者が増えると看多機としての機能が発揮できなかったり、重度の方が増えるとケアが行き届かない可能性があったりするため、バランスを取りながら受け入れているが、難しい現状がある。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
併設の訪問看護ステーションと近隣の在宅医との連携・協働が充実している。近隣の在宅医が在宅での看取りに理解があり、協力体制がとれている。

【人材育成】
職員の研修会への参加（施設外)、施設内での勉強会、ご利用者看取り後の報告会を実施している。

【仕組みづくり】
併設の訪問看護ステーション、介護支援専門員、在宅医との連携・協働

【家族関係の構築】
主介護者をはじめとする家族・ご利用者の死生観の理解に努めるとともに、介護に対する激励、傾聴と共感を徹底している

７．看取りケアでの工夫と課題：
尊厳ある最期を迎えることができるよう、多職種が協働し身体的・精神的ケアを実践している。本人・家族の意向に沿った援助を心掛けている。課題としては、看取りに不慣れな介護職員また経験年数の少ない職員の教育体制がある。職員の精神的サポートや研修を充実させていく必要がある。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
ご本人は看護師として、長く医療現場で働いていた。そのためか、とても面倒見がよく周囲への気遣いもさらっとできる方であった。おそらく現役時代は、医療現場の中で多くの方をケアし、看取ることも行ってきたとのではないかと思われる。そんなご本人が、人生の最終を迎えた時、やはり病院ではなく、大好きな自宅で、大好きな息子夫婦、可愛がっていた犬 2 匹に囲まれて人生の終期を迎えてほしいと職員全員が思っていた。きっとご本人自身も願っていたと思うため、終末期でも特別なことはせず自然な看取りをすることが望ましいと考えられた。

９．看取りの支援経過および支援方針
元々、併設のデイサービスを利用していた。信頼のおける介護職員が看護多機能へ異動となったため、それに合わせてご利用者も介護支援専門員と相談し、ケアプランの変更を行い、看護多機能を利用することとなった。90 歳代と高齢でもあり、身体機能の低下に伴い、徐々に食事や水分摂取が困難となったが、ご家族の意向もあり、補液や高カロリー栄養といった積極的な栄養補給は行わず「食べられるときに食べられるだけ」の方針に決まった。
亡くなる 7 日程前に、看取りについて介護支援専門員、訪問看護師、施設職員、ご家族で話し合った結果、ご利用者の思いも踏まえ、医療機関には行かず、これまでの生活を継続しながら、自宅もしくは看護多機能での看取りの方針となった。そこで、医療機関の医師から在宅医へ主治医を交代し、再度話し合い、体制を整えた。
ADL は全介助で寝たきりの状態であったが、介護保険サービスはこれまで通り 3 日／週の泊りサービスを継続し、特別なケアプランの変更は行っていない。
○月○日、自宅にて、息子さんの出勤を見送ったのちに旅立ちとなった。
事前の話し合いにて、「息が止まるときが不安」と訴えられていた主介護者のため、連絡を受けた介護支援専門員、訪問看護師、施設職員はすぐに駆け付け、主介護者の支援に努めた。また、ご家族とともに旅立ちの準備を行った。
この事例では、前日までいつも通りの泊りサービスを利用しており、ご利用者自身が自宅での看取りを希望されたのだと関係したスタッフや家族を含め全員が感じた。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント)】
在宅医との信頼関係の構築

【看取りを成功に導いた要因】
主介護者となる長男の妻が不安に思っていることを理解し、在宅医・介護支援専門員・訪問看護師・看護多機能のスタッフ全員で、全力で寄り添ったこと。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
これまで経験した看取りの事例は、自宅での看取りであり、泊りのサービス利用時に最期を迎えた経験がない。泊りのサービス利用時に最期を迎える可能性もあるため、夜勤をするスタッフ（介護職）の不安や精神的ストレスが考えられる。今後は看取りに関する教育や実際の最期に立ち会った後のフォローアップ体制が重要であり、課題である。

【課題】
看取りの実践を経験しているスタッフ（介護職）は少ない。長く介護の現場にいても、看取りまでかかわることは本当に少ないと感じている。特に、経験の浅いスタッフや若いスタッフは不安でしかないかと思う。研修などで得ることのできる知識もあるが、実際に直面するとなると精神的なストレスと不安が考えられる。経験年数が少ない職員が多いなか、今後、看取りケアに関する教育をどう伝えていくか、体験談を踏まえて伝えていく必要がある。看取りを経験した新人スタッフが「大丈夫だよ・・」と伝えていってくれるとまた勇気がでるかも知れない。

【この事例から学んだこと】
事例から学んだことは、家族の方がどれだけ不安を抱くかということ。家族の方は、実際に自宅で看取るとなるとそれなりの覚悟も決めていることが多い。しかし、いつなにが起きるか分からい状況の中で不安でいっぱいだということ。スタッフのできることは、家族の不安に寄り添いながら、ケアの提供をしていくことだと考える。家族の思いに傾聴するだけでも、不安が減少することに気が付くことができた。家族の思いと、こちらの思いが一緒になることで、自宅での看取りケアができるのだと思う。

事例１９

自宅で夫を看取ることを希望しながらも不安を口にする妻を支えた事例

１．**療養者　Ａさん**　80 歳代　男性
２．**病名**　　パーキンソン、レビー小体認知症
３．**キーワード**　介護者支援
４．**家族の状況・介護者**　妻と二人暮らし　主介護者は妻　別居の子ども（息子、娘）との関係は良い

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2013 年９月　　**法人の種別**　医療法人
職員の常勤換算数　看護職　7.3 人　**介護職**　18.7 人
利用者数　女性７人　男性８人　**平均介護度**　3.6　**１日平均通所者**　10.7 人　**宿泊者**　2.4 人　**訪問者**　9.7 人
看取りケアの経験　　**2018 年度　事業所**　０人　**自宅**　３人（がんのターミナルは 0）
事業所の特徴　地域特性として、家で看取る文化がある。訪問診療、複合型サービスから看護多機能に移行。
運営上の工夫・課題　看護多機能のサービスをどのように組み立てるかが難しい。在宅を支える看護多機能でありたいと思うが、泊りを多用する利用者がいる。退院して看護多機能を利用しながら在宅復帰という流れができていない。病院側には困ったら看護多機能という流れができているように感じる。病院の看看護多機能に対する理解がまだ十分でない。ぎりぎりまで看護多機能を利用して、家に戻らずに再入院する利用者を阻止できない。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・訪問診療を事業所の医療法人が独占しているわけではなく、誘導することもないが、登録の段階で主治医を系列の医師に変更する利用者が多い。法人の理事長は、その人の望む暮らしを実現することをとても重視している。
・泊りのベッドが埋まってしまうということはない。
・リハビリテーションは、訪問看護ステーションからの訪問看護として利用している。
【人材育成】
・看護多機能の看護師のスーパービジョンは、訪問看護ステーションの管理者が行い、看護多機能の管理者は看護多機能の介護職をスーパーバイズする。
・ネット配信機能を利用して、事業所内で介護職員向けの看取り教育を実施している。また、系列の訪問看護ステーションに在籍する緩和ケアの認定看護師の協力を得て研修を行っている。ELNEC を活用している。
【仕組みづくり】
・以前は、亡くなる前に自宅に帰していたが、事業所としてそれを利用者に強制することはできないので、家族の意向に添って事業所内でも看取る方針である。医師はできれば自宅で看取りをと考えており、静かに看取る環境は、自宅の方が整えやすい。
【家族関係の構築】
・老夫婦や超高齢の親を高齢の子が介護する場合など、最期まで介護することは難しい場合がある。介護力がなければ、泊りを拒否できない。

７．看取りケアでの工夫と課題
・看護多機能は「通い」「泊り」「訪問」と利用できるが、医療ニーズの高い利用者の最期を介護職員だけの体制にゆだねて良いのか、夜間帯に看護師の配置が必要ではないか、と疑問をもつこともある。線引きが法的に明確化されていないので難しい。看護多機能でなければできないことや意義を明確にしたい。利用者も、看護多機能の仕組みを理解して利用するわけではないので、アピールできるようにしたい。
・看取りは自宅か看護多機能で行うため救急搬送はしない、というような契約はしていない。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
誤嚥性肺炎で入院し、リハビリテーションを行っていたが、嚥下機能を強化できなかった。妻が退院を望み、看護多機能を紹介されて退院。レビー小体型認知症で幻覚・妄想のため夜になると立ち上がり、階段を駆け上って暴れて障子を破ったり転倒したりする。退院後１か月、誤嚥性肺炎で再入院するが、胃瘻は元看護師の妻の意向で作らなかった。
誤嚥性肺炎を繰り返し状態が悪化。事業所としては痰があふれ出す状態で介護職が看てよいのか、という思いもあり、話し合いを重ねた。本人は、家に帰りたがった。妻は、特定施設への入所を考えたが空いておらず、自宅での看取りを覚悟した。しかし、あと２週間と冷静で正しい判断をする一方で、家で看取るのは不安だという思いが交錯していた。最期の時は、事業所への移動ができず、自宅で看取った。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X - 4 か月</u>　誤嚥性肺炎で入院していた病院から紹介があり、週３回の通い、週１回の訪問リハビリテーション、合間に泊りを利用。
誤嚥性肺炎再発し入院。
<u>X - 3 か月</u>　退院。
週６日の通い、３日の泊りを利用したが誤嚥性肺炎を繰り返す。
元看看護師の妻は、病院に連れて行きたいという思いと、連れて行っても仕方ないという思いがあった。
発熱に対して訪問診療で抗菌剤の輸液を投与（泊りの際に施行）。
<u>X - 2 か月</u>　尿路感染症を発症し、ほとんど食べられなくなる
元看護師の妻は、「食べられなくなったら点滴」という時代の看護師だったため「水分を過剰に与えるよりも、脱水予防に必要なだけにとどめておいたほうがよい」と説明し理解を得た。
<u>X - 1 か月</u>　さらに状態悪化し、子供たちが顔を出す頻度が増える。
妻は「もう一月ももたないのではないか」と正しい判断をする。
吸引器を購入し、自宅と看護多機能を行き来する。
<u>X 日</u>　妻は自宅で看取ることを覚悟するが、不安を訴え、「何かあっても事業所の責任を問うことはしないので泊めて欲しい」と訴える。話を聴いて不安を和らげるように努めた。
最期は移動できず、自宅で看取りを行った。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・頻繁に吸引する必要がある状態を介護職に任せてよいのか迷いがある。

【看取りを成功に導いた要因】
介護者の妻は、元看護師であり、理解力も高く、説明は容易だった。自宅で妻は適切に吸引ができる。
妻は看護師だったので、段階的に状態が悪くなっていくのを見て、年内はもたないと正しく予測した。
本人は家に帰りたがった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
妻は、自宅で看取るという強い意思を持ちながらも、やはり１人で夫を看取る不安もあったようで、話を聴いて不安を和らげるように努めた。子ども２人は市外で、妻の不安をどれだけ軽減できるかが、看護多機能としての援助の課題だった。
【課題】
看護多機能でどこまで支援するのか、迷いながら葛藤しながらの支援であった。

【この事例から学んだこと】
妻は、私が看取るという気持ちと、１人だから不安という気持ちが混在していた。看護師だったのにとは思うが、高齢になり、１人で介護していると、もし何かあったときに適切に対応できるか不安になるのかもしれない。他人・仕事と身内とは、想いが違うかもしれない。病院には行かないと思っていても、いざとなるとおろおろするのかもしれない。看護師等の専門家ではなく、何も知らない（経験のない）人の方が、予測される経過を説明すると納得し、いつでも電話すればよいのだと安心し、肝が据わってうろたえないのかもしれない、と感じた。
迷いながら、葛藤しながらの支援であったが、最期は、妻も冷静に対応し、亡くなった後は、よかったという満足の気持ちを口にされ、子どもたちも母親が満足していたと言ってくれた。

事例２０

４世代大家族　家族に不安はあるが本人が建てた家で看取りたい

１．**療養者　Ａさん**　80 歳代　女性
２．**病名**　　高血圧、虚血性心疾患
３．**キーワード**　家族みんなで仲良く暮らす
４．**家族の状況・介護者**　息子の妻（主介護者）

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2018 年４月１日　　**法人の種別**　医療法人
職員の常勤換算数　看護職　10.4 人　**介護職**　９人　**事務職**　１人
利用者数　女性 13 人　男性６人　**平均介護度**　3.7　**１日平均通所者**　10 人　**宿泊者**　３人　**訪問者**　５人
看取りケアの経験　11 人　　**2018 年度　事業所**　８人　　**自宅**　２人
事業所の特徴　訪問看護・訪問介護ステーション、居宅介護事業所を開設した後、看護多機能を立ち上げた。
運営上の工夫　看護多機能が担う役割を基盤として、どのような人を何のために支えるのかという理念の共有が重要であり、そのために多職種、個人のスキルに応じた個別研修を計画的に実施している
課題　小規模多機能と同じ施設基準では通いの時に休むベッドが不足したり、リハビリ職配置に加算がない。また、看護多機能以外のサービスで、自費が発生してしまうことがある。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・医療法人の医師との連携を密に図ること。
・訪問看護ステーションを立ち上げた時より地域の医療機関と連携体制ができている。
・訪問診療や訪問看護だけではあと少しという状況で看取れないことが多かったため看護多機能を立ち上げた。
【人材育成】
・訪問看護で経験の少ない看護師は看護多機能の専任として医療・看護処置の教育を受け、臨床経験を積む。
・介護職には、キャリアに応じた個別指導と少人数（2 人）で、介護技術、コミュニケーションスキル、メンバーシップ・リーダーシップの図り方、チームケアでの連携の図り方（情報伝達の方法や内容の吟味）を教育する。
【仕組みづくり】
・看護師 2.3 名が看護多機能に常駐し、医療処置が必要な利用者が泊りを利用する場合は、看護師が夜勤する。法人の看護師は看護多機能と訪問看護ステーションの業務を兼務するが、8：2 のバランスを考慮し配置している。
・本事例では、訪問看護ステーションにウエイトをおく職員が中心となり自宅への訪問看護を実施した。
【家族関係の構築】
・看護多機能便りを年に３回発行し、看護多機能の簡単な講座や取り組みなどを掲載し、ご利用者・家族の看護多機能への認識を高めている。本事例では、息子の妻の介護負担は重かったが、息子の妻自身が「自分が最期まで看るべき」と思っていたので、その意向を尊重して支援した。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：本人や家族の意向に柔軟に対応する、緩和ケアの知識と技術、医療機関との連携スキルを高める、自宅あるいは看護多機能で看取る家族の意思決定支援を早い段階から始めること（場合によっては自宅での看取りではない方が良いこともあるので最善策について本人や家族と合意しておくことが必要）、介護職を支えながら看取りケアにおける成功体験を介護職に重ねてもらうこと
課題：事業所で看取る場合平均５日間程度の利用だが、１週間以上の連泊となったときにベッド不足に陥りやすい。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
看護多機能を１年ほど前から利用していた。農業の繁忙期に看護多機能の泊りを利用していたので、本人だけでなく家族と職員との関係も構築できていた。
本人は、ちょっとしたことで人を呼ぶ方で、家でも主介護者の息子の妻を頻繁に呼びつけていたようで、介護負担は重かったが、本人は、「嫁は応じるべきもの」と考えていたし、息子の妻も「自分が看るべき」と思っていた。
また、本人は、「家に帰りたい、家で過ごしたい」と強く願っており、家族も「本人が建てた家で最期まで看てあげたい、家族に囲まれたなかで看取りたい」と思っていたため、看護多機能を利用しながらの自宅での看取りが最善であると判断し支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X-1 年 11 月</u>　看護多機能の利用者基準を一緒に作成した居宅介護支援事業所の介護支援専門員より訪問看護ステーションに依頼があり、訪問看護の利用が始まった。
<u>X 年４月</u>　レスパイト目的での泊りサービスを利用するため、看護多機能のサービス利用に切り替えられた。
週３日の通い、週１日の泊り、それ以外の日は訪問介護サービスをマネジメントした
家族は農業を営んでいたため、繁忙期に泊りを利用することもあった。
<u>X 年 10 月</u>　感染症による発熱ため、病状管理と点滴実施のために１週間泊りを利用した。
37 度台の微熱が続き、食事も摂れなくなり、看護多機能への通いの利用は厳しくなった。しかし、本人の帰りたいという意向と家で看るべきだと思っている家族の意向を尊重し、土・日も訪問看護師による訪問（点滴の継続）をマネジメントして自宅に帰った。
<u>18 日間の在宅療養</u>　自宅に帰ってからも 38 度～40 度の熱は続いた。在宅療養に対する親族（同居以外の親族）の反対はあったが、家族に医療機関の提示をしても、「看護多機能さんを信用しています」と揺れることなく看護多機能を利用しながら自宅での介護を継続した。療養中、状態については、毎日の訪問時に医療者としての助言を家族に伝え「もうそんなに長くない」という共通認識を持つようにしていた。また、親族が入院したほうが良いのではないかといった話に対しては、「ご本人がなにより“家で”と希望されていましたし、入院しても一緒です。病院ではこんなりっぱなお庭を見ることはできません」と話した。良いタイミングでの援護射撃だったと思う。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・訪問診療医は、家族の負担が重くなるようなことはしなくてもよいと考えており、家族に「大変だったら体位変換もしなくていいよ」と言っていることが後から判明した。そのため褥瘡ができてしまったが、医師の考え方を踏まえて支援することができた。
【看取りを成功に導いた要因】
・訪問看護ステーションの利用をしていた時期もあって在宅療養のイメージがついていたため、事業所での看取りから自宅での看取りにすぐに切り替えられた。がんとは違い、徐々に自然な死を迎える経過をたどったため、家族も状態を受け入れながら看取ることができた。
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・自宅が遠かったため、訪問看護のシフトを組むのに難渋した。1 日に 2 回は訪問したかったが、行けないこともあった。介護職は毎日訪問した。
【課題】
・円背があって、エアマットは使用していたが、褥瘡ができてしまった。訪問診療医の「体位変換をしなくてよい」と説明していたことに対し、家族は嬉しそうに「先生が体位変換をしなくてもいいって言ってくれた」と話しており、家族の介護負担の軽減は在宅療養の継続に必須であるが、状態を悪化させない手立てが必要である。
・同居している家族だけでなく親族にも状態を説明する機会をもつことが必要である。

【この事例から学んだこと】
「自分の家に帰りたい」「自宅の庭を見ながら過ごしたい」「家族に囲まれた最期を迎えたい」という本人の意向を家族と共有して支援することで、本人の望む自宅での看取りを実現できた。
自宅に帰りたいという意向を尊重して支援する場合には、少々具合が悪くても、家に帰ることを優先し、訪問系のサービスを十分にマネジメントして支援することが重要である。
看護多機能は、通いを中心としたサービス提供であり、通ってもらってこその利点として最終段階まで入浴支援ができるが、自宅での看取りを支援する場合には、すぐに訪問系のサービスに切り替えて対応できる。

事例２１

利用者が迎えたい最期を迎えることができるように支援した事例

１．療養者　**Aさん**　80歳代　女性
２．病名　認知症
３．キーワード　BPSD
４．家族の状況・介護者　夫と２人暮らし

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015年４月１日　**法人の種別**　社会福祉法人
職員の常勤換算数　**看護職**　３人　**介護職**　８人
利用者数　女性14人　男性９人　**平均介護度**　3.1　**１日平均通所者**　11.5人　**宿泊者**　３人　**訪問者**　８人
看取りケアの経験　**2018年度**　**事業所**　０人　**自宅**　２人
事業所の特徴　利用者の喜びを自らの喜びとすることを理念とし、在宅でがんばった末に施設入所して急激に衰えるケースを減らしたいと施設（社会福祉法人）を立ち上げた。
運営上の工夫と課題　看護多機能は、特別養護老人ホームの待機場所ではない。生活や療養の場は自宅であるということを十分に理解している本人・家族を受け入れる。事前に自宅でぜひ看取りたいという家族の意思を確認している。課題としては、サービスの維持・向上のための後進の育成がある。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
登録者20名中８名の主治医がF医師という訪問診療に熱心な開業医である。主治医がいない場合F医師を紹介している。看取りではこまめな連携が必要であり、信頼関係が築ける医師に依頼したい。医師との連携にあたっては、その医師が在宅医療にどの程度の意欲を持っているかをこちらが見極めること（医師の力量）が必要である。在宅医療にあまり熱心でない医師、すぐに救急搬送を指示する医師が主治医の場合には、家族に主治医の考え方や救急搬送した場合にどうなるかを伝え、利用者には、看取りについて何度か説明し、医師が必ず最期に立ち会えるわけではないことと、救急搬送については慎重に行動してほしいことを説明している。
【人材育成】
法人内、法人を立ち上げた株式会社との合同で多様な研修を行っている。日々の利用者支援を通して職員は多角的に学ぶことができ、管理者は、その学びが効率的・効果的に実現するように配慮している。職員を選抜して、上級職になるための研修を行っている。選抜されることを嬉しいという人材を育てる。
【仕組みづくり】
開設にあたり、既存の事業体からの配置転換で人材を確保することはせず、職員を公募した。経験者が幅を利かせる組織にはしたくないため、未経験者を外部から募った。知識や経験よりも「志」がなければ良いサービス体制を構築できないと考えたからである。退職者が一定割合出ることも予測し、基準よりもかなり多くの職員を雇ったので、当分は大赤字だった。それを容認してくれた会社には感謝している。介護職員が核となって介護・看護職員をまとめていくような事業運営を行うことで、生活・暮らしを重視した環境を維持している。看護師は、専門的な意見を述べ、適切な指示をすることで十分であり、それ以上は必要がないため役職を付けてはいない。介護職を役職とし、看護職と同等の発言力を持たせることで、チームとして機能する。5年が経過し、ようやく職員が力量をつけ運営できるように、またパート職員に正規職員が指示できるようになった。医療機関の併設がないため、利用者獲得が自力でできるように明確な理念を持って運営している。
【家族関係の構築】
・生活基盤は常に自宅にあることを理解している家族の登録を受け入れている。
・家族を看取る家族の喪失感への対応、グリーフケアまでが、仕事だと考えている。グリーフケアのためには、よく看取ったという満足感を家族が持つことができるような看取り支援が不可欠である。
・看取りが近づいてきたときに不安を口にする家族には、訪問サービスで手厚く家族をサポートする。

７．看取りケアでの工夫と課題
介護職が管理者として看護多機能を運営していくには、医療に関する知識をもち、医師や看護師と対等でないと利用者の支援は難しい。地域のケアマネジャーとして救えなかった人たち、隙間に落ちてしまう人たちを支援できるようになった。看護職がリーダーシップをとってくれることを「楽だ」と思うような介護職を作らぬよう、自分の頭で考えることのできる介護職を育てる

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
誤嚥性肺炎、暴言・暴力のある妻を老人保健施設に入所させていたが、放置されていると感じていた。看護多機能の説明を聞き、老人保健施設から退所し自宅に引き取った。自宅の１階の庭が見える部屋で過ごすことが最善であると判断した。誤嚥性肺炎のため抹消からの点滴と訪問診療・往診（24時間対応）で、帰省した娘と支援した。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X年４月</u>　老人保健施設を退所して自宅に戻り、看護多機能のサービス利用を開始する。
誤嚥性肺炎のため、抹消からの点滴だけで命をつないだ。
訪問診療医が24時間体制で支援した。
<u>X年８月</u>　娘が帰省し、父親（夫）と一緒に介護し、看取った。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・24時間対応をしてくれる訪問診療医の存在。
【看取りを成功に導いた要因】
・責任感が強いまじめな夫
・夫の了解を得て、遠方に住む娘に事情を伝えたところ、娘が通うようになり、最期が近づいた際には、娘が里帰りしてきたこと➡責任感の強い介護者である夫と離れて暮らす娘とをつなぎ、本人を最期まで自力で世話したいと願う夫を支えることができたこと
・主介護者と看護多機能との連携をうまく取ることができたこと
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
本事例では特になかった。
【課題】
夫婦ともに80歳代後半であり、夫の介護負担は相当重かった。夫は介護を始めてから、自分も要支援と認定され、通所リハビリテーションに通っていたが、看取りのために中断をした。両親の状態が変化していることを娘は知っているのだろうかと尋ねると、心配させたくないと夫婦の状況を娘さんには一切伝えていなかったことがわかり、夫の了解を得て娘に事情を伝えた。そこで娘が帰省し支援することとなった。娘の支援がなければ自宅での看取りは困難だった。
【この事例から学んだこと】
認知症に伴う行動障害のため、老人保健施設で十分にケアを受けることができていなかった利用者を、看護多機能の特性を活かして柔軟に支援し、家族による自宅での看取りを実現できた。

【そのほか】
・外国人も将来的には雇用することが必要になるかもしれない。
・利用者・家族にアンケートしたところ、介護度が高い人ほど看取りの満足度が高かった。介護度が低いと、時間の融通が利くという利便性に対する満足度だが、介護度が高くなると、痛みや苦労を共有する同志のような関係になる。介護度が高くなって、高齢夫婦で妻の世話が行き届かなくなることがある。娘から訪問サービスを入れるよう母を説得してもらい、負担を軽減して最期まで在宅で過ごせるようにするなど、家族と目標を共有することが大切である。
・家に帰りたいと、うわ言で言っていた父親を自宅で看取ることができたのは看護多機能のおかげだと言ってもらえた。
・苦労して建てた家で死にたい、死なせてやりたいという思いが強いケースがあるので、極力思いをかなえられるように支援する。
・知的レベルが高い高齢夫婦の事例、子の言うことをなかなか聞かず、子どもの世話にはならない、放っておいてほしいと言いながら家はゴミ屋敷ということもある。夫婦の思いを大切にし、看護多機能の利用者が妻でも夫婦として支援する。疎遠になっていた子どもたちにも連絡し、状況を伝えて支援に参加するように働きかけている。

事例２２

なるべく入院せずに看多機利用しながら在宅療養を継続したい

１．療養者　**Aさん**　96歳　男性
２．病名　心不全
３．キーワード　娘の思い、介護負担、自宅を選んだAさん
４．家族の状況・介護者　娘夫婦

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2014年６月１日　**法人の種別**　社会福祉法人
職員の常勤換算数　**看護職**　2.5人　**介護職**　７人　**事務職**　０人
利用者数　女性20人　男性２人　**平均介護度**　2.8　**１日平均通所者**　５人　**宿泊者**　９人　**訪問者**　２人
看取りケアの経験　31人　**2018年度**　**事業所**　８人　**自宅**　４人
事業所の特徴　あくまでも医療機関ではなく家として看護多機能で対応する
運営上の工夫と課題　急性期の病院での看取りに疑問を感じ、同じグループの社会福祉法人の看護多機能へ異動。利用者家族と共に看ていく方向。よく話し合い、お互いに信頼関係を作った上での看取りを目指している。当初は医療用語の理解を介護職に得るのに苦労した。また、看護多機能に合致した利用者に利用してもらうことへの理解を得ることも難しかったが、今では利用者・家族の評判により利用者・家族から直接相談があることが多い。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
事業所の隣にクリニックがあり、最初は良い関係とは言えなかったが、利用者の主治医であったことから徐々に関係を構築した。今はほとんどの利用者の主治医である。主治医は他の開業医とネットワークを構築しており、不在時は他の医師が診る体制となっている。

【人材育成】
看護師は看護多機能専従であるため、医療的なことは介護職に丁寧に指導することができる。何かあったらすぐに連絡できる体制をとっている。職員間の関係はよく、雰囲気が良いためなんでも聞ける。

【仕組みづくり】
管理者は最初から看取るつもりで看護多機能へ異動してきた。大変な利用者も多かったが、医療機関ではないところでの看取りを実践したいと思っていた。この思いを職員全員が共有している。介護職も最初は怖かったが、いつでも連絡して良いと言われているので安心して対応している。医師も隣なのですぐに対応してくれる。

【家族関係の構築】
同系列看護多機能の利用者の家族と本事例の娘が知り合いであり、評判を聞いて当該事業所に直接相談し、住所変更して利用に至った。娘は父親の介護と４人の子育てとを両立させ、自分のことに時間を使うこともなく一生懸命介護しており、介護負担が重かった。そのため、娘の意向を尊重して支援した。

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫としては、本人や家族との信頼関係の構築である。看取り後も家族が来所することが多く、利用者の紹介もあり、関係が続いている。医療機関の信頼もある。
課題は、職員全体の教育である。利用者を増やすための営業は管理者を含めて職員全員が未経験であり、現在も管理者以外はできていない

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
以前入院によってADLのレベルが落ちたことがあり、なるべく入院させたくないと娘は思っていた。また、これまで娘はとにかく一生懸命父親の介護をしてきており、自分のために時間を使うこともなかった。看護多機能を利用することで介護負担を軽減し、協力的な夫の力を借りながら、極力長く在宅療養を継続することが最善だと判断した。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X‐3年</u>　通いサービスを中心とした看護多機能のサービス利用を開始。
週２日の通い、週１日の泊まりサービスの利用、週３日は自宅で療養していた。
車いすは利用していたが立位が可能であった。
特記すべきエピソードはないが、徐々にレベルが低下し、トイレに行けなくなっておむつ使用となった。
入浴も特浴での対応となった。
<u>X‐１か月</u>　週１日自宅に帰り、泊まりサービス中心の利用となった。
最期の時が近づいてきており、自宅に帰るときは、しっかりと状態を伝え、何かあったらすぐに連絡することとしていた。娘はよく理解しており「怖くないよ」と言っていた。娘の夫も協力的であり、おむつ交換も行っていた。自宅に帰っている時に電話がかかるようなこともなかった。
<u>X日</u>　自宅に帰った朝方、呼吸状態がかわって、亡くなった。ご本人が自宅を選んだのだろうと感じた。

亡くなった後も事業所のイベントなどの際には「会いにきたでー」と娘が訪れてくれる。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
特に医療的な処置はなかった。
看護多機能ならではの柔軟なサービス提供が最期までできた。

【看取りを成功に導いた要因】
娘はこれまで、父親の介護優先で、自分のために時間を使うことはなく、遊びに行くこともなかった。看護多機能を利用することで、自分の時間を持てたことを喜んでいた。また、本人の状況に合わせて、サービスの提供内容を変更することができた。最期の１か月はいつ何が起こってもおかしくない状態であり、そのことを十分に説明し、娘は適切に理解していたので問題は起こらなかった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
本事例では特になし

【課題】
本事例では、居住地に看取りまで対応できる事業所が無かったために、住所変更しての利用となった。全ての看護多機能が看取りまで対応できるよう体制を整えて欲しい。

【この事例から学んだこと】
本事例では、看護多機能のサービス提供内容を柔軟に変更しながら、在宅療養を継続し、自宅で看取るという、看護多機能ならではの理想的な内容であった。
家族にとって、3年間の介護に対する満足感や看取ったという達成感が得られた事例だと考えられる。
亡くなった後も関係が継続できており、全てにおいて望ましい内容である。

事例２３

認知症で医療ニーズも高い利用者の看取りと家族支援の事例

１．療養者　Aさん　70歳代　男性
２．病名　認知症
３．キーワード　医療ニーズへの対応　自宅での看取り　介護者支援
４．家族の状況・介護者　妻と２人暮らし、主介護者は妻　別居の子ども（息子、娘）との関係は良い

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2017年5月1日　**法人の種別**　公益財団法人
職員の常勤換算数　看護職　4.8人　**介護職**　9人
利用者数　女性15人　男性9人　**平均介護度**　3.0　**１日平均通所者**　8.3人　**宿泊者**　2.1人　**訪問者**　18人
看取りケアの経験　15人　**2018年度　事業所**　5人　**自宅**　5人
事業所の特徴　訪問看護ステーションの歴史が長く、がんや難病、障害者の方の終末期ケアも受け入れる。
運営上の工夫・課題　限度額内で、サービスを工夫していることを、利用者や家族に理解してほしい。がん末期などは区分変更申請前に亡くなったり、難病ではサービスを手厚くするが報酬に繁栄されないこともある。限度額をオーバーしそうな利用者を、看護多機能に紹介するケアマネジャーや医療機関もあり、看護多機能の機能を十分に理解されておらず、施設ではないが、施設だと思っている利用者・家族やケアマネジャーもいる。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
・系列の医師が主治医の場合（全体の3分の1)、連携が密にとれ強みである。医療ニーズが非常に高い場合は系列の医師に切り替えることもあるが、それほどの必要がなければ、従来の主治医のまま連携を図り対応する。
・看護多機能に医師が来てくれ、最期について事前に打ち合わせができ、救急搬送しないことを誓約書や同意書にはしていないが、記録はしているため、意思統一はできている。

【人材育成】
12名の職員でスタートしたが、介護職は未経験者が多く半数は退職した。看護職が介護職に観察のポイントや対応を教育し勉強会を実施したが、最初の事例では、夜勤の介護職が慌ててしまい、心臓マッサージを実施した。救急搬送とはならず看取ることができたが、勉強会での学びだけでは不十分であり、実際に経験を重ね「感じながら」「考えながら」学んでいくことが重要である。

【仕組みづくり】
・泊りは5部屋のみで25名登録のため、泊りが長くなると部屋が不足する。看護師がすぐに対応するということを説明し、自宅での看取りを行う。家族が対応できない場合には、最期を泊りに切り替えることもある。
・利用者一人ひとりに受け持ちを付けていて、それぞれ利用者の細かい要望を聞き出してくれている。

【家族関係の構築】
・看護多機能は、通いあり、泊りありで、状態をみながら、また家族とコンタクトをとりつつ調整し、最期についてのACPの支援もする。その方の生活を踏まえた関わりをするので、家族との関わりが深くなる。

７．看取りケアでの工夫と課題
・看護職も介護職も同じユニフォームを着て、職種にかかわらず同じ立ち位置で仕事をしている。小規模多機能よりも重度の利用者にとって、看護多機能は安心できる場所でなければならない。看護多機能のリハ職や事務職に、利用者の普段の暮らしを知って関わってほしいので、介護福祉士実務者研修を修了してもらい、「介護職」としての処遇改善も同時に図っている。生活リハビリをしてもらいたかったので、リハ職を配置し、所内でもご自宅でも取り組んでもらっている。
・開設時は相模原事件の後で、家族にも安心していただき、職員も安心して勤務できないといけないと思った。窓の大きい明るい部屋にしたかったので、格子をはめないなどを考え、防犯対策には赤外線センサーを採用した。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
60歳代後半で認知症発症し、訪問看護時代から7−8年関わった。看護多機能利用前に他施設のショートステイを利用した際に褥瘡形成して、最終的に動脈閉塞・壊死で足趾切断に至った。意思表示できず、全介助で要介護5の状態。妻が一生懸命で、もう少し生きてもらいたいと希望し、胃瘻を造設した。看護多機能利用になってから、週に1-3泊し、基本的には自宅で過ごす。最期は泊りを多く利用したが、最終的には自宅に戻り1時間後に亡くなった。
基礎疾患が多く、複数の診療科受診を看護多機能で支援しながら受診したが、総合診療科の系列の院長が主治医を引き受けてくれたため、看護多機能での支援が最善だったと判断する。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X年−7〜8年</u>　訪問看護利用（法人内のもう一つのステーション）。
訪問看護開始時すでに車いす使用。
他施設のショートステイの利用で褥瘡形成したことから動脈閉塞、最終的に足趾切断。
膝の屈曲や拘縮が進んで血行が悪くなったことが原因だと考えられる。
その後炭化が進み、免疫不全、類天疱瘡を発症と、次から次へと状態が悪化した。
<u>X年−2年</u>　看護多機能のサービス利用開始。
類天疱瘡の処置、吸引、便秘への対処等々を行いながら、家族に吸引の方法を指導した。
複数の診療科の受診支援。
受診も大変で主治医を総合診療科の系列の病院の院長に切り替える。
週1−3泊看護多機能の泊りサービスを利用。
<u>X年−4.5か月</u>　最期の時が近づき連泊するようになる。
現役時代のスーツを本人に着せて、当事業所内の施設を利用して金婚式をすることを家族が計画。
看護多機能で金婚式の御祝の会をされた。近隣で名物の大きなロールバームクーヘンを注文し、記念写真を撮り、家族の思い出づくりをスタッフが支援した。
<u>X−数日</u>　嘔吐があり、胃ろうからIVHに移行

最期に家に帰りたい、妻も一度は家に帰したい、という希望。帰るなら、今だという医師の判断で、帰宅が実現した。まさか帰宅後1時間で亡くなるとは思わなかったが、結果的に帰ることができ、妻もよろこんでいた。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
・最期は系列の医師が主治医となっていた。途中、開業医が主治医の際も開業医が間に合わないときは、系列の医師が対応していた。複数の疾患管理が必要であったため総合病院に入院することもあったが、主な治療がすめば1週間ほどで退院を迫られた。そのため系列の病院に入院することもあり、最終的に系列の医師が主治医となった。

【看取りを成功に導いた要因】
・妻は、状態を悪化させる原因となった他施設のショートステイの利用を悔やんでいた。看護多機能を利用することにも後ろめたさを感じていた。介護負担が重くなり、自治会の役なども免除してもらっていた。看護多機能のサポートで、妻の負担を軽くすることができたと思う。夫が亡くなった後、生活に穴が空いたようにすることがなくなり気分も沈んでおられたので、看護多機能でボランティアをしてもらったり、看護多機能のDVDに登場してもらったりして、関係が続いている。看護多機能が妻にとって居心地の良い場所であり続けていることが嬉しい。職員にとっても妻にとっても満足度が高かったケースである。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・総合病院の診療科同士の連携が取れていない。
・主治医がすぐに対応してくれる、すぐに来てくれる状況が必要なこともある。

【課題】
・地域に訪問診療医は多いが、自宅看取りは減少傾向で、施設での看取りが増えている。救急搬送を積極的に受け入れる傾向があり、希望する人も多い。

【この事例から学んだこと】
・利用者や家族にとって最期まで居心地の良い場所であり続けること
「次もまた来たいね」という施設にしたい

＊自宅で亡くなる場合は、看護師が訪問するが介護職は行かないので、利用者ごとに、亡くなった後、どのように関わってきたか情報共有している。管理者も含めて全員が「振り返りレポート」を記載し、全員に回覧する。介護職のレポートから刺激を受けることも多い。そうすることで、心づもりができてくる。若い利用者もいるし、利用者にどう過ごしてもらいたいかを、看護師も介護職も考える。介護職は、生活の支援をするので、昼間どのように過ごしてもらうのがいいか考えてもらっている。1人で部屋で過ごしたい人も、歌を歌いたい人もいる。それを介護職が聞いてくれる。
＊法人はキリスト教で、クリスマス会は盛大に行うが、夏祭りも盛大に行っている。夏祭りは夜開催し、夜店も担当する。地域住民も参加でき、自治会長なども来て下さる。地域にとって身近な存在になるように努めている。

事例２４

苦しまずに　自然に　穏やかに　そして家族も無理せずに

１．療養者　Aさん　95歳　性別　女
２．病名　膵臓がん
３．キーワード　自然な死、穏やかな死、家族にとっての悔いの無いお別れ
４．家族の状況・介護者　もともと夫と２人暮らし　夫は大腸がんの終末期で看護多機能利用中、
娘は精神疾患で介護不能、30代の孫が主介護者３人の孫が協力して対応

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2019年2月1日　**法人の種別**　株式会社
職員の常勤換算数　看護職　10.8人　**介護職**　7.7人
利用者数　女性11人　男性3人　**平均介護度**　3.5　**１日平均通所者**　8人　**宿泊者**　1人　**訪問者**　10人
看取りケアの経験　4人　**2018年度　事業所**　0人　**自宅**　0人
事業所の特徴　訪問看護ステーションの管理者だった訪問看護師が起業、難病患者の支援を主軸とする事業所
運営上の工夫と課題　会社全体で難病、医療依存度の高い方の対応実績があるため、ALSの受け入れをしている。サービス付き高齢者住宅と同一建物にあり、様々なイベントを行っている。
課題としては、市町村が設置した生活圏域でのみの集客のため、思うように利用者が増えていかない。

６．看取りに向けた体制づくり　：
【医療体制】
・系列や併設する医療機関がないために、地域の医師と密に連携してサービスを提供している。

【人材育成】
・1か月に1回の全体研修のほか定期的な各事業所での定期的な研修あり。
・介護職は全員吸引ができる態勢である。看護多機能は吸引の実習施設としても指定されている。
・併設のサービス付き高齢者住宅医療依存度の高い方が入居しており、看取りも実践している。職員はサービス付き高齢者住宅で実践経験を積む。

【仕組みづくり】
・医療依存度の高い方が通える場所として、看護多機能の前に療養通所看護を立ち上げたが、経営が厳しく看護多機能に移行した経緯がある。
・併設のサービス付き高齢者住宅には、併設の訪問看護・介護ステーションがサービスを提供し、難病の方へのケアや看取りの実践を積み重ねている。
・介護職には、看護職に連絡すべき時、内容を的確に伝えている。
夜間医療依存度が高い方がおられる場合は看護職も夜勤に入る。

【家族関係の構築】
・家族の意向を十分に聞き、悔いの無いようなサービス提供を心がけている

７．看取りケアでの工夫と課題
工夫：利用者・家族が 悔いの無いように関わるようにしている。
課題：看護多機能では、スペースや人員の割合看取りが難しいため、サービス付き高齢者住宅を活用している。

８．Aさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
夫が、半年前から大腸がんの終末期で看護多機能を利用しており、本人は余命1週間という見通しで看護多機能の利用が始まった。本人は「家に帰りたい」という意向だったが、介護ができる孫が自宅で看取ることは難しかった。退院時に1日だけ自宅に帰り、翌日にサービス付き高齢者住宅に入居した。夫と仲が良かったため、夫が看護多機能に通う日には、サービス付き高齢者住宅の居室で2人の時間を過ごしてもらうようにした。サービス付き高齢者住宅で生活をしながら看護多機能のサービスを利用し、看取りを行うことが適切であると判断された。

９．看取りの支援経過および支援方針
<u>X年3月</u>　夫が大腸がんにより看護多機能のサービス利用を開始した。
<u>X年8月</u>　大腿骨頸部骨折で入院。退院時のCT検査ですい臓がんの終末期であることが判明し、余命1週間と診断された。キーパーソンである孫の意向により、自宅退院は難しいと判断し担当介護支援専門員が、夫と同じ看多機の利用を提案、紹介となった。
看護多機能のサービス利用が始まり、亡くなる2日前まで入浴を支援した。水分や食事の摂取を丁寧に行うことができたためか、1か月間療養が継続された。その間家族は充分なお別れができた。亡くなる当日の午前中まで覚醒され、水分を摂られていた。お昼ごろから呼吸が荒くなり、夫が手を握るとにっこり笑われた。

亡くなった後、夫も孫息子も「悔いはありません」と感謝の気持ちを表現された。

10. 看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
看護多機能の管理者と訪問看護ステーションの職員は密に連携を図り、夜間はサービス付き高齢者住宅の介護職員が中心になって看ていた。看護職のオンコール体制で、サービス付き高齢者住宅では看取りの実践がすでに積み重ねられていたので、心配はなかった。

【看取りを成功に導いた要因】
・サービス付き高齢者住宅、看護多機能、訪問看護ステーションの職員のチームワーク。
・何かあったら話し合って決める職場風土。
・家族への十分な連絡。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
・療養通所看護の建物を改修して使用しているため、泊り用の居室がパーテーションで区切っただけであり、6床しかないために、通い利用の方が横になれるベッドが不足している状況。そのため、事業所で看取る方針となった場合には、サービス付き高齢者住宅の居室の活用を考える必要がある。
・看取りにあたっては、管理者の判断にゆだねられることが多く、これで良いのかと不安はある。

【課題】
・マンパワー不足。看護多機能専従の看護師は管理者1人、非常勤が2人で、訪問看護ステーションから応援を得て何とか行っている。あと1人専従の常勤看護師が欲しい。

【この事例から学んだこと】
看護多機能で看取った初めてのケースであり、看護多機能の職員全員が関わることができた。看取りの過程で、職員の看取ることに対する不安や問題を共有でき、こんな時はどうするのか、どうすればよいのか、話し合うことができた。この看取りで、職員全員が成長できた。
看取りに関しては、病院では、もっと看てあげたい、やってあげたいけどできないことが多い。ここまで十分に話を聞き、要望をかなえ、ケアできるのは看護多機能ならではと考える。

事例２５

看護多機能の利用により家族への負担を軽減した終末期の過ごし方

１．療養者　**A さん**　60 歳代　女性
２．病名　筋萎縮性側索硬化症
３．キーワード　介護負担　家族の気持ち　利用者の気持ち
４．家族の状況・介護者　娘家族（孫 3 歳、7 歳）と同居、主介護者：娘

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015 年 3 月 1 日　**法人の種別**　営利法人
職員の常勤換算数　**看護職**　6 人　**介護職**　7.2 人　**理学療法士**　2 人
利用者数　女性　7 人　男性　8 人　**平均介護度**　2.88　**１日平均通所者**　10 人　**宿泊者** 4 人　**訪問者** 7 人
看取りケアの経験　108 人　**2018 年度**　**事業所**　22 人　**自宅**　6 人
事業所の特徴　利用者やご家族の意向に沿った終末期ケア・看取りの実践
運営上の工夫と課題　看護と介護の協働、医療連携
一度、登録をして頂いたご利用者は最期まで責任をもってケアを行うこと
医療依存度が高くても断らない

６．看取りに向けた体制づくり　：
【医療体制】
医療機関に入院した方が退院後、自宅でも日常生活の支援や治療やリハビリを切れ目なく続けられるよう、本人や家族を中心に医療機関の医師や看護師・かかりつけ医や訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパーなど、関係する多職種が話し合い、計画を立て、連携しながら継続して支援を行っていく取り組みの実践を行っている。
事業所に登録時に在宅医につなぐ。

【人材育成】
On-The-Job Training（OJT）を中心とした看護職、介護職への教育を積極的に実施している。看護の視点、介護の視点を共有する。
キャリア開発やさまざまな研修会への積極的な参加などを推奨している。

【仕組みづくり】
【医療体制】と同様

【家族関係の構築】
本人との信頼関係を築くことにより、家族との信頼関係の構築にも寄与する。積極的に話を聞き、本心を聞き出す。

７．看取りケアでの工夫と課題
事業所に登録時に医療機関の医師から在宅医につないで、自宅または事業所での看取りまでを見据えた準備をする

８．A さんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
認知機能に問題はなく、自分自身やご家族のことをとても考えられていた。また、娘夫婦や孫への負担を軽減してほしいと強く望まれていた。胃瘻は拒否され、現状以上の医療処置や延命は望んでいなかった。
そのため、家族、看護多機能の職員、主治医など関わる全ての人と十分に話し合い、自宅で自然な看取りを実施した。

９．看取りの支援経過および支援方針
医療機関にて確定診断後から娘夫婦と同居中であった。
当該事業所に登録の相談に来られたときには、すでに、気管切開・人工呼吸器を装着していたが、意識レベルはクリアで、意思疎通は意思伝達装置「伝の心」を使用していた。これまでは、訪問看護や訪問介護を使用しながら在宅療養を継続していたが、娘の負担が大きく、娘・本人共に疲労やストレスが蓄積している状態であった。また、医療機関にレスパイト目的にて入院することもあったが、医療機関への不信感があり不満を持っていた。
娘の知人より当事業所を紹介され、相談のために来所された。管理者と面談を行い、看護多機能のサービス利用となった。
月の第１週、第３週の金曜日～火曜日に泊りのサービスを利用、他の日は訪問看護・訪問介護・訪問リハビリテーションを利用しながら在宅療養を継続した。週末にもデイサービスや泊りのサービスを利用することにより、娘は、これまでできなかった子供（本人の孫）の参観日や運動会への参加、初めて家族旅行を経験することができた。家族に負担をかけていると感じていた本人、子どもたち（本人の孫）に不自由な思いをさせていると感じていた娘ともに充実した生活を送ることができるようになった。
徐々に状態が悪化したが、入院は希望せず、本人、家族ともに自宅での療養生活を希望され、自宅にて亡くなった。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
密な情報交換が重要である。医師が知りたい情報の提供と事業所のスタッフが伝えなければならない情報を簡潔に的確に医師へ伝達すること。

【看取りを成功に導いた要因】
本人、家族と事業所職員との信頼関係である。本人や家族のことをよく知ること、知ろうとする姿勢が重要だと思う。

当該事業所ではこれまでに ALS 患者は経験のない疾患だったが、看護職も介護職も共に勉強会を実施して、呼吸器の使用方法や「伝の心」によるコミュニケーション法の獲得など、本人や家族に不安を与えないようにケアを行うことができ、職員全員の自信につながった。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
本事例では、本人のも家族も納得をされた療養・看取りであったため特に困りごとはなかった。

【課題】
今回の看取りを次のご利用者にどのように活かすか、を考えている

【この事例から学んだこと】
認知機能や意識レベルもしっかりした利用者であったため、他の利用者に対する職員の対応方法や言葉遣い等をしっかり確認されていたようであった。事業所内全体の雰囲気やケア方法、職員の接遇から、利用者自身はもちろん、家族との信頼関係の構築にもつながると感じた。

事例２６

がん告知が行われなかった終末期利用者とその家族とのかかわり

１．療養者　**A さん**　70 歳代　男性
２．病名　すい臓がん
３．キーワード　未告知のがん、認知症に妻
４．家族の状況・介護者　認知症の妻と 2 人暮らし
キーパーソンは娘さんだが遠方に在住し毎週末に帰省し介護を行っている

５．看護多機能の概要と特徴
開設年月日　2015 年 3 月 1 日　**法人の種別**　営利法人
職員の常勤換算数　**看護職**　6 人　**介護職**　7.2 人　**理学療法士**　2 人
利用者数　女性　7 人　男性　8 人　**平均介護度**　2.88　**１日平均通所者**　10 人　**宿泊者** 4 人　**訪問者** 7 人
看取りケアの経験　108 人　**2018 年度**　**事業所**　22 人　**自宅**　6 人
事業所の特徴　利用者やご家族の意向に沿った終末期ケア・看取りの実践
運営上の工夫と課題　看護と介護の協働、医療連携
一度、登録をして頂いたご利用者は最期まで責任をもってケアを行うこと
医療依存度が高くても断らない

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
医療機関に入院した方が退院後、自宅でも日常生活の支援や治療やリハビリを切れ目なく続けられるよう、本人や家族を中心に医療機関の医師や看護師・かかりつけ医や訪問看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ヘルパーなど、関係する多職種が話し合い、計画を立て、連携しながら継続して支援を行っていく取り組みの実践を行っている。
事業所に登録時に在宅医につなぐ。

【人材育成】
On-The-Job Training（OJT）を中心とした看護職、介護職への教育を積極的に実施している。看護の視点、介護の視点を共有する。
キャリア開発やさまざまな研修会への積極的な参加などを推奨している。

【仕組みづくり】
【医療体制】【人材育成】と同様

【家族関係の構築】
本人との信頼関係を築くことにより、家族との信頼関係の構築にも寄与する。積極的に話を聞き、本心を聞き出す。

７．看取りケアでの工夫と課題
事業所に登録時に医療機関の医師から在宅医につないで、自宅または事業所での看取りまでを見据えた準備をする。本人、家族とコミュニケーションを密にとり、思いや希望を理解し、くみ取りできる限り添うようにする

８．A さんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
すい臓がんについて、積極的な治療ができる状態ではなかったことから、本人には病名や終末期であることの告知がなされていなかった。すい臓がんからくる様々な症状に対して対症療法しか受けられていないことや症状の改善がないことから、不安や不満の訴えが続いたが看護多機能の職員は傾聴し受け止める姿勢をみせた。
本人とっての最善は、今までの生活や価値観等を把握し、妻との今までの生活に近づけることであると考えられた。

９．看取りの支援経過および支援方針
本人は、認知症もなくしっかりしているが訴えは多い（はっきりとした告知がなされていなかったため不安や不満があったと考えられる）。妻は認知症であるが、自身の身の回りのことはできた。娘さんは他県に住んでいるが、毎週末には帰省をされており、協力的であった。
診断時の状況から、積極的な治療による効果は望めず、対症療法・経過観察となっていたが、本人には正確な病状や治療方針の説明がされていなかった。そのため、看護多機能のサービスを利用することに抵抗を感じており、「こんなところにいても病気は治らない」と度々訴えがあった。娘さんは病状について、医療機関の医師から説明があり理解をしていたが、本人には病名や病状の詳細については告知しないと決められていた。
看護多機能としては、本人の話に耳を傾け、できるだけ思いや要望には応えるよう繰り返しカンファレンスを行い、支援の方針や言動の統一を徹底するようにした。
娘さんからの病状について、少しずつ話をしていただいたり、また病状が進むにつれ、自分自身の置かれている状況を徐々にでああるが、理解したりして不満の訴えは少なくなってきた。事業所の方針としては、これまでと同様にご本人の話に耳を傾け、できるだけ思いや要望には応えることを最優先とした。
ADL の状況に合わせて、サービスを調整し、入院をすることなく看護多機能で看取りを行った。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
看取りの経験がない、または少ない介護職にも不安なく看取りを実践するためには看護職からの助言が大切で、いつでも相談できる関係性を構築すること。人がなくなることは自然なことであるということを普段から話をすること。
また、医師との連携では、医師が知りたい情報の提供と事業所のスタッフが伝えなければならない情報を簡潔に的確に医師へ伝達できるようになること。

【看取りを成功に導いた要因】
看護職、介護職、薬剤師、家族等の連携をうまく行うことができた。

【看取りにあたっての困りごとや悩み】
疼痛コントロール。医師の指示に従って疼痛コントロールを行っていたが、医療機関とは違い、夜間や休日などに急な訴えがあると対応できないことも多くつらい気持ちになることがあった。

【課題】
疼痛コントロールについて、医師や薬剤師と連携していくこと

【この事例から学んだこと】
医療機関を退院し、看護多機能へ来られたが、医療機関からの本人への病状説明が不十分であり、本人が不安を抱いていた。「こんなところにいても病気は治らない」「こんなところにいると死んでしまう」等の発言もあり、本人の認識と家族、職員の認識の差が大きく違う。
医療機関の医師からの説明が不十分だとご本人と家族の両方が納得する看取りは難しい。
家族は本人にずっと説明をしていたようで、最期はご本人も納得していたようだが、医師からの正確な説明は大切である。

事例２７

職員教育により看護多機能での初めての看取りを円滑に実施した事例

１．療養者　　**Ａさん**　80 歳代　男性
２．病名　脳腫瘍、脳血管性認知症、慢性心不全、高血圧
３．キーワード　介護職の不安軽減、職員教育、サポート体制、医師との連携
４．家族の状況・介護者　妻が亡くなっており、隣に長男家族、近所に次男家族が住んでいた。
長女、次女、高校生の孫も含め、みんなで介護をしていた。

５．看多機の概要と特徴
開設年月日　2019 年１月１日　　**法人の種別**　社会福祉法人
職員の常勤換算数　**看護職**　4.5 人　　**介護職**　9.5 人
利用者数　女性９人　男性５人　**平均介護度**　2.5　**１日平均通所者**　12 人　**宿泊者**　4～5 人　　**訪問者**　２人
看取りケアの経験　２人　　**2018～2019 年度**　**事業所**　２人　　**自宅**　０人
運営上の工夫と課題　配置基準よりも多く職員を採用し、柔軟に対応できるようにしている。29 人登録してしまうと、緊急時の泊まりへの対応などできないので、上限まで登録はしていない。

６．看取りに向けた体制づくり
【医療体制】
一人暮らしの方や施設での看取りにも熱心に取り組んでいる地域の個人医療機関の医師がいて、看取りに不安のある介護職には「責任は自分がとるから、大丈夫」「1 日に何回もバイタルサイン測定しなくていい、本人に痛い思いをさせるので、それよりもそばにいてほしい」と言ってくださる。また、訪問診療の看護師も介護職へフォローしてくれる。看護多機能は、職員の半数が看護師であるため心強い（小規模多機能は１人だったため）。
【人材育成】
介護職が心配のないよう、看取りについて話をすることや事業所外での研修にも参加してもらう。看護職でも病院しか経験がない職員もいるので、介護職がどういう感覚で働いているのかなど看護師への研修も行った。
【仕組みづくり】
看取りを含めた取り組みを行っていくことを最初から職員面接でも伝えている。
利用開始時や退院後の受け入れなど、職員全員で話し合い意見を聞いている。本事例についても退院後、迎えることについて事前にカンファレンスを行い、皆で「頑張ってみよう」と決めた。
「何かあったら夜中でもいいので管理者に電話して」「不安なことは遠慮なく言って」と伝えている。
【家族関係の構築】
家族と話し合いを重ねる。本事例では、家族は毎日面会に来ていて職員との関係もできていた。

７．看取りケアでの工夫と課題
看護師、介護職、それぞれに研修を行い、不安になりそうなこと、困りそうなことは想定し事前に説明する。

８．Ａさんにとって望ましいと考えられた人生の最終段階：アセスメント
【生活歴・病歴・疾病】
子どもが巣立った後、夫婦で住んでいた。妻ががんになり、A さんが自宅で介護し看取った。妻が亡くなった後、少しずつ物忘れが出現し、最初は認知症だろうということで認知症の治療をされていたが、歩行状態が悪く傾くなどの症状があったため、精密検査にて脳腫瘍が判明した。病院に入院し手術をしたが、取り除けるような状態ではなく生検だけして終了した。
本人は脳血管性認知症もあり病気についての理解力は落ちていたが、家に帰りたい気持ちが強く、家族も連れて帰ってあげたいという気持ちが強かった。次女が仕事を辞めて自宅で介護することになった。
もともと物忘れが出てきた頃から、デイサービスに行こうということで介護保険を申請し、地域包括センターのケアマネジャーが担当していた。脳腫瘍でもあり、ケアマネジャーの判断により看護多機能の利用が開始となった。

９．看取りの支援経過および支援方針
X 年２月　A さんは自宅での生活を望み、週６日「通い」を利用していた。脳腫瘍による左上下肢の不完全麻痺、左半側空間無視、高次脳機能障害があり、歩こうとしても力が入らない状態でほぼ全介助（移動は車椅子）であった。朝から夕方まで看護多機能にいて、夜間や日曜日は自宅で家族が協力して介護していたが、A さんは体格がよく、小柄な家族では介助が大変な部分もあった。また認知症の進行により、家にいても「家に帰りたい」と言うようになった。妻が亡くなったことも忘れ、妻のいた２階の部屋へ行きたがったが、麻痺もあり階段を上ることは難しかった。家族が止めても聞かず登ろうとしたり、もともと温厚な方であったが孫を怒鳴ったりするなど、精神状態の悪化もみられた。薬の調整のために入院し、少し穏やかになったが、家へ帰りたいという気持ちは変わらず、自分で起き上がろうとするため身体拘束をされることがあり、家族は心を痛めていた。1 か月ほど入院し、主治医は「自宅や施設へ帰ることは難しいのでは」と言っていたが、家族は「病院で拘束されたまま最後を過ごさせるのは忍びない」と言い、主治医・看護多機能・家族で話し合いを重ねた。自宅は段差もあり、これまでのように「通い」中心では無理だろうということで、看護多機能の「泊まり」を導入し、退院となった。身体拘束をしないということは転倒のリスクも上がるということを家族に伝え、了承を得た上で決めた。
X 年５月　「泊まり」を利用開始して１か月ほどは連泊し、少しずつ外出や外泊をした。食事もよく食べ、好きな焼酎も飲んで、ホールで皆とおしゃべりをしたり、体操したりして過ごし、転倒することもなかった。脳腫瘍によるけいれんの出現に備え、頓服薬を用意し観察していたが、出現することはなかった。
X 年８月上旬　急に食事が入らなくなり、好物のアイスクリームやタコ焼きなどを少しずつ摂取。
X 年８月中旬　Sp02 低下あり、在宅酸素療法開始。ベッドから起き上がるのが難しくなる。最後の 3 日間は食事や水分もとらなかった。家族もずっと泊まって付き添っていた。点滴をするかどうか、医師が検討されているうちに息をひきとられた。2 月の時点では余命 2～3 カ月と言われていたが、看護多機能で 6 カ月過ごされた。

10．看取りの実践での重要なポイント
【医療と介護の連携の核となる部分（ポイント）】
５月の退院と同時に毎週訪問診療を導入し、何かあれば 24 時間いつでも相談できるような体制であった。
痙攣に備えての指示など事前にもらうことができていた。
【看取りを成功に導いた要因】
本人と家族の絆ができていたこと、看護多機能の職員をとても信頼してくれていたこと。「気持ちを込めて看護介護してもらった」と言ってくださった。職員も愛情を持ち、本人に寄り添い対応した。
看多機の開設当初であり、利用登録者が少ない時期だったので、じっくりかかわるゆとりがあった。カンファレンスもこまめにできた。
【看取りにあたっての困りごとや悩み】
けいれんのリスク、転倒のリスクについて医師から言われていたので、いつ起こるか心配していた。けいれんや転倒について勉強会をして、どう対応したらよいか共有した。
【課題】
A さんの「家に帰りたい」という気持ちが強かった。家族の負担も考えて「泊まり」の利用を導入したが、本人の思いに十分寄り添えたのか？
医療や介護のサービスよりも、その人がその人らしく、笑顔になれることをもっと支援したかった。
介護職は褥瘡のケアをすることができない。最期の時期では褥瘡ができる人が多いので、看護師しか処置ができないと、夜中に便汚染した時などに困り、介護職は葛藤している。吸引についても同様である。
独居の方など、家族の協力が得られない場合に、どこまで寄り添うことができるか。
地域密着型サービスでの看取りがうまくいくかどうかは、主治医の看取りへの取り組みにもよる。医師によっては看取りに積極的でない方もいる（「生かしたい」と努力し治療する医師もいるので、それにつられて入院を選ぶ人もいる）。

【この事例から学んだこと】
1．看取りに熱心な医師、訪問診療の看護師との連携が支えとなっている。
2．事業所で起こり得るリスクも含め家族や病院とも話し合ったうえで、A さんの尊厳を守りその人らしい生活ができるよう支援している。
3．看護職である管理者は、看取りを含めどのように利用者に関わっていくかについて、職員でカンファレンスを行い意見交換するとともに、介護職、看護職それぞれの立場を理解し研修やきめ細やかなサポートをしている。それが職員の不安軽減や相互理解へつながり、看取りを実現するうえで大きな要因となっている。

研究組織

研究代表者　永田　千鶴（山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座）
研究分担者　北村　育子（日本福祉大学社会福祉学部）
　　　　　　松本　佳代（熊本保健科学大学保健科学部看護学科）
　　　　　　清永　麻子（山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座）

編集後記

　この度、多くの方々のご協力により「看護小規模多機能型居宅介護における看取りの事例集」を無事に発行することができました。アンケート調査およびインタビュー調査に快くご対応いただきましたことを心より御礼申し上げます。皆様方の熱意に研究者一同、たいへん刺激を受けました。しかしながら、インタビュー期間中において、新型コロナウイルス感染症の流行のため、やむを得ず、お伺いすることがかなわなかった事業所もあったことをとても残念に思っています。今回の調査をとおして、多くの管理者および関係職種の皆様が思われているように、看護小規模多機能型居宅介護の奥深さは、まだまだ理解されていない点が多いように感じました。医療依存度が高い高齢者、環境変化等による体調変化の多い退院後の方、また、介護に慣れていないご家族も安心して自宅での生活を継続することを可能にする看護小規模多機能型居宅介護の需要は、今後、ますます高まることが予測されます。私どもも、教育や研究の場をとおして看護小規模多機能型居宅介護の魅力を発信するお手伝いができれば、と思っております。

（文責　清永麻子）

ご協力いただいた看護小規模多機能型居宅介護事業所一覧

- ✧　あさがお看護小規模多機能居宅介護サービス
- ✧　看護小規模多機能施設　あいおす
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　ありがとういいね
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護事業所　庵みつ
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　友愛の家　ヴォーリズ
- ✧　看護小規模多機能ホーム　上牧の郷
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　ゴン
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護事業所　サボテン
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　三丁目の花や
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護事業所　新山口
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　そらり
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　「つむぎのて」
- ✧　有限会社たくみケアサービス　看護小規模多機能型居宅介護　つるかめ庵
- ✧　看護小規模多機能　ティーズスタイル
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護　とりい
- ✧　看護小規模多機能ホーム　なごみ庵
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護事業所　ブロッサムわかば
- ✧　看護小規模多機能ホーム　むさし
- ✧　看護小規模多機能型居宅介護事業所　森のくまさん
- ✧　複合型サービス　きずな

令和３（２０２１）年　1月
発行：山口大学大学院医学系研究科保健学専攻
地域・老年看護学講座　研究代表者　永田千鶴