在宅療養者の終末期ケア

～多職種との連携不足により家族の介護負担が増加した事例～

訪問看護ステーション　サンライズ・ビュー

　　　　　　　　　　　　　　　　　　福島絹代・中川美保・安部真澄・

森下美幸・佐藤玲子

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はじめに】近年、医療情勢の変化により、患者の療養の場は、病院から在宅重視へ移行しつつある。また、高齢者の在宅医療、介護が年々増加している。人生の最後を住み慣れた家で迎えられるように、看とりが自宅でできる生活環境が期待されている。

在宅移行後の生活環境調整により、介護の負担軽減にも繋がる。今回、在宅での看取りを希望する家族への支援を行った症例を振り返り、多職種と連携し退院支援を行う事の重要性や知識不足からなる家族への影響について学んだので報告する。

【患者紹介】T氏、92歳、女性、要介護５。病名、アルツハイマー型認知症。次男夫婦と同居。キーパーソンは、次男の妻。利用期間は、H30年3月17日～4月8日まで。

【倫理的配慮】本症例発表にあたり、ご家族に口頭確認、承諾を得た。公表にあたっては、施設や個人が特定されないよう配慮した。

【経過】H30年2月頃より経口摂取が困難となり同年3月にA病院に入院した。点滴加療を行い、主治医より経管栄養の説明を受けたが、ご家族は望まれず在宅での看取りを希望された。退院前日金曜日の夕方、担当者会議と同時に訪問看護介入への依頼があった。そのため、退院日にベッドなどの設置ができず３日を要した。家族は、移乗・体位交換・排泄の介助時に過度な労力を要した。T氏は傾眠傾向で経過。覚醒時は発語あり、穏やかな時や、時々不穏出現し、点滴自己抜去やベッドから転落などの事故が発生。日を追うごとに、病気の進行や状態の変化に伴う介護に家族は不安を感じていった。主治医と連携しながら家族への医療的な処置説明、介護指導を行ったが家族は、本人の経過を常に把握し相談できる在宅医を強く希望された。徐々に状態が悪化。尿路感染を併発し医療的処置の必要性からの通所サービス利用困難で、次男の妻が仕事を辞めＴ氏の介護を行った。夜間の不穏行動も出現しはじめ、看とり負担が増加したが、在宅介護の継続を強く希望され在宅医へと移行した。その時点から、状態不良となったが、在宅訪問診療や相談が直接でき安心、不安の軽減にもつながり家族に囲まれ永眠した。

【結果】本症例は、病院の連携依頼から退院後の環境調整不足の退院となった。行政サービス内容の知識不足から家族への介護負担の増強。家族に身体的、肉体的にも負担を与えてしまった。在宅医へ移行が遅延したことで家族に精神的不安の増強につながった。

【考察】

1. 早期からの本人、家族の在宅移行への意思決定の確認の必要性。
2. 看取りの在宅移行への支援の調整の必要性。
3. 行政サービス、通所サービス内容の知識不足。

【まとめ】入院当初から、在宅療養に向けての多職種との連携やご家族への情報提供が充分であれば介護に対する不安や介護負担を最小限に出来たと考える。

今後、入院当初から本人、家族の在宅療養への意思決定も視野に入れ関り、多職種と連携することで家族、訪問看護師と共同で関わり、在宅療養への情報提供を行うことで、ご家族の介護負担が軽減されると考える。