



ACPに関する事例集

豊田市在宅医療・福祉連携推進会議

事例集を作成した目的

豊田市では、医療・介護・福祉サービスを提供する関係機関の皆様とともに、ACPの推進をしております。

この事例集は、市内事業所の専門職が、本人・家族等が望む療養生活の実現に向けて、どのようにACPに取り組み、どのように本人・家族等と関わって支援されたのかを掲載したものです。事業所の皆様の、今後の支援に役立てていただくほか、ケース検討等に活用いただくことを目的に作成しました。

この事例集から、自分ならどのように本人や家族の意向を確認し関わっていくかなど、自身のACPの取組について見つめ直すきっかけとなっただけですと幸いです。

事例提供に協力いただいた事業所

◆地域包括支援センター

地域包括支援センターくらがいき
豊田厚生地域包括支援センター

◆居宅介護支援事業所

足助病院介護保険相談室
三九朗病院居宅介護支援事業所
P-BASEマネジメントチーム

◆訪問看護ステーション

足助訪問看護ステーション
三九朗病院訪問看護ステーション
豊田地域訪問看護ステーション
訪問看護リハビリ はるかぜ豊田

◆訪問介護事業所

にじのさと豊田サービスセンター

事例集の見方

事例		事例名称 事例提供いただいた職種
職種		
年齢・性別等		本人の基本情報 家族等の支援状況 ※続柄は本人からみたもの
疾病・状態		
家族等の支援状況		
ACPのプロセス		ACPによる本人の意思 表明のプロセス
ACPを経た支援の方向性		表明された本人の意思に 基づく支援の方向性
支援の経過		支援の方向性に基づいた 支援の経過（本人や家族 の状態など）
支援の所感		事例提供いただいた専門職 が支援の中で感じたこと

目次

※事例名称をクリックすると該当ページに移動します。

事例番号	事例名称	頁
1	終末期を迎えた本人の揺れ動く気持ちに寄り添い支援した事例	4
2	施設入所を検討していたが本人の趣向にあったサービスを提供することで在宅生活に生きがいが生まれた事例	6
3	受診拒否から在宅医療に繋ぎ、在宅生活を継続している事例	8
4	本人と家族が希望した自宅での看取りを多職種で支えた事例	10
5	本人の思いを尊重し、最期まで訪問系サービスを利用することなく在宅生活を送った事例	12
6	本人と家族の意向が相違した事例	14
7	本人の意思表示がなく今後の方針決定に難渋した事例	16
8	「家族と過ごしたい」終末期の一時退院を情報共有しながら支援した事例	18
9	最期まで家族と過ごすことができた事例	22
10	夫を自宅で看取った妻が、自身も自宅での最期を希望した事例	24
11	がん末期だが抗がん剤等の治療は行わないことを希望した事例	26
12	余命1年と宣告されたが自宅での生活を望み、状態によって入院治療を行いながら自宅での療養生活を送った事例	28
13	在宅で最期を迎えたいと思いが変化した事例	30
14	本人が最期まで自宅で過ごしたいと望み、その想いを妻が専門職のサポートを得ながら支え、自宅での療養生活を送った事例	33
15	在宅生活を続けていたが施設入所を決意した事例	34
16	本人の思いを聴く間もなかった事例	36

事例 1 終末期を迎えた本人の揺れ動く気持ちに寄り添い支援した事例

職種 主任介護支援専門員

年齢・性別等 ・ 80歳 女性 要支援2

疾病・状態 ・ 食道がん（末期）

家族等の支援状況 ・ 夫との2人暮らし、市外に住む娘の支援あり

ACPのプロセス

- ・ R2年3月頃
食欲不振で嘔吐繰り返し、デイサービスを休みがちになり3月末に総合病院に入院になる。
- ・ R2年4月
食道がんの診断。病院側より手術を勧められるも本人は拒否。食道にステントを入れて退院する。退院後は化学療法等を行わず定期通院による状態観察。嘔吐を繰り返し、体重も減少する。楽しみにしていた週2回のデイサービスも、1、2度行けたがその後は一切行けなくなってしまう。またADL低下により、自宅内で転倒も目立つようになった。
- ・ R2年10月
自宅内で転倒、骨盤骨折にて入院。回復期病院への転院を経て12月に退院。
- ・ R3年2月
食欲不振にて総合病院に再入院となる。末期状態との診断を受けて、病院内で退院後の生活について本人や関係者を交えて話し合いをする。
参加者：本人、家族、主治医、看護師、理学療法士、病院相談員、在宅診療医、薬剤師
病院側より：前回入院時より体重が10kg減少していること、嚥下状態が悪化しており、経口摂取は誤嚥のリスクが高いためCVポート（中心静脈カテーテルの一種）を作成後に退院すること、退院後ホスピスへ転院方向であるとの説明。
- ・ ガンを発症してからの本人、家族の病状の受け入れが難しく、介護保険の変更申請や施設入所の提案について何度も話し合いを行うも、本人の気持ちの揺らぎが顕著にみられ、実現することはなかった。

ACPを経た支援の方向性

- ・ 転院までの間、自宅にて、訪問診療・訪問看護・介護用ベッド・エアマットを導入し在宅生活を支えることとなる。
- ・ 本人はデイサービスに通うことを強く希望。終日利用は体力的に困難ではあるが、家族付き添いのもと、短時間での利用とする。

支援の経過

- ・ R3 年 2 月末
退院。退院後、訪問診療は毎週木曜日、訪問看護は毎日訪問。訪問看護は、週 2 回はルート交換を実施。週 1 回は、岡崎に居住する娘が訪問しシャワー浴を行う。食事は、本人の楽しみとしておかゆやジュースなど少量を摂取。
地域包括支援センターは、訪問による相談援助・サービス導入・変更申請ではなく、本人や家族の悲嘆、気持ちの揺らぎへの受容、傾聴、気持ちに寄り添った支持的な支援に徹する。
- ・ R3 年 3 月
デイサービスに対し、本人の希望や現時点での病状、病院での話し合い内容を伝えた上で、短時間での利用について相談。
通常利用ではない形でデイサービスに家族と通ってもらい、馴染みの職員、他利用者と交流を持つことができ、最後に記念撮影をする。本人の目には涙が浮かぶ。
- ・ R3 年 3 月末
ホスピスへの転院
- ・ R3 年 5 月
ホスピスにて永眠

支援の所感

- ・ 今回、本人・家族ともにがん末期という受容しがたい疾患を抱えた方の支援に携わり、サービス調整、区分変更申請はあくまで手段のひとつであることを改めて気付かされた。
- ・ 末期がんで A D L 低下が認められると、要支援の方であれば、家族の介護負担の軽減目的での変更申請をかけサービスを増やしていくことが一般的である。
- ・ しかし、今回のケースは本人と家族の情緒面の支援が大きなウエイトを占めていることから、変更申請による支援者変更が末期状態にある本人と家族の情緒面に与える影響を鑑み、本人・家族と何度も話し合い、最期まで変更申請を行うことはなかった。これは包括支援センターと本人との関わりが長く、その間に培った信頼関係から成り立ったものと思われる。
- ・ また、本人の希望であったデイサービス利用についても、本人の希望と病状を伝え、先方に柔軟な対応していただき叶えることができたのは、事前に A C P を行い、多職種連携によりなし得たものである。

事例 2

施設入所を検討していたが本人の趣向にあったサービスを提供することで在宅生活に生きがいが生まれた事例

職種

保健師

年齢・性別等

・ 89 歳 女性 要支援 1

疾病・状態

・ 認知症疑い（同じことを何度も言う、物忘れ、急に怒り出すなど症状あり）
・ 認知症検査は未受診。介入後受診し、アルツハイマー型認知症と診断。

家族等の支援状況

・ 息子夫婦と 3 人暮らし。家事は、息子の妻が行う。
・ 本人は外出を嫌がり、自室でひとりで過ごしていた。
・ トイレの失敗や「大垣に帰りたい」と大騒ぎすることがあり、負担が大きいため施設入所を検討。

ACP のプロセス

- ・ 息子から施設入所に関する相談があり支援開始。
- ・ 息子の話では、「本人は大垣からの呼び寄せで、こちらに知り合いもないため、『大垣に帰りたい。』といつも言っている。“つまみ絵”や植物を育てるのが好きだった。外出するのは好きではない。おむつを使用することを嫌がるが尿漏れがあっても着替えることはなく、トイレや家財を汚すことがあり、掃除や悪臭に家族も疲弊しており施設に入りたいと思っている。」とのこと。
- ・ すぐに施設入所の案内をするのではなく、本人の意思を確認することから介入することとした。
- ・ 本人と会い、話を伺うと「大垣でひとり暮らしがしたい。趣味は、絵を描いたり、貼り絵をすることだったが、今は道具などが無いからできない。先生に来てもらったり、作品展に出したり楽しかった。」と話し、過去に作ったつまみ絵や展示会の写真をたくさん見せていただいた。
- ・ 話を伺う中で、大垣には以前は親戚や知人が住んでいたが、現在は親戚もおらず頼れる人がいない状態であることが判明。下肢筋力の低下があり、屋外歩行はひとりではできない状態で、ひとり暮らしをすることは現実的ではない状態であることを確認。
- ・ 本人も大垣に戻ることが希望ではなく、趣味や他者との関わりがないことが「大垣に帰りたい。」との発言につながっているのだと感じた。

ACP を経た支援の方向性

- ・ 本人が好きだったことを再開し、生きがいができるように支援していく。

支援の経過

- ・ 外出は好きではないと言われていたが、まずは体力をつけることを目標にデイサービスに行くことを提案。
- ・ “つまみ絵”の再開は、講師や材料を集めることが難しいため、他に新たな楽しみを見つけられるようデイサービスを選定。難聴があり意思疎通が難しいことも他者との交流

を妨げている要因だと感じた。

- ・趣味活動に力を入れているデイサービスを紹介するとともに、意思疎通を図りやすくなるよう、本人に合った補聴器を購入してもらう。過去に補聴器を捨ててしまったことがあったため、捨てられないように大きめのものを選定した。
- ・担当者会議では、デイサービスのスタッフにも本人の作品を見ていただき、絵や作品作りができるような環境の提供や他者との交流の機会を作ってもらうことをお願いした。
- ・デイサービスで塗り絵を行うようになり、自宅でも行うようになった。
- ・以前作った“つまみ絵”をデイサービスに持って行き、デイサービスの皆に見てもらうことで喜びを感じているようで、表情も明るくなり、大垣に帰りたいたいと言わなくなったと、家族より報告をもらった。
- ・デイサービスで他の利用者がオムツを使用しているのを見て、本人もオムツの使用に抵抗がなくなり、使用するようになったことで、家族の負担も軽減、家族との関係も良好となった。

支援の所感

- ・息子から相談があった際に、施設の紹介ではなく、まず本人の意思を確認することで、本人の楽しみを見つけることにつながった。
- ・認知症の方であっても、家族の相談内容だけで支援方向を決めるのではなく、本人の言葉を聞き、その中の真意を考えることが ACP につながるように感じた。

事例3 受診拒否から在宅医療に繋ぎ、在宅生活を継続している事例

職種 介護支援専門員

年齢・性別等 ・79歳 女性 要介護1

疾病・状態

- ・ひとり暮らし、認知症、統合失調症
- ・仁大病院へ年1～2回受診。内科への受診はなし。
- ・ヘルパーが買ってきた物で雑炊などを作るが、自分では食わず、屋外のゴミ箱へ捨てたり、ヘルパーや妹が買ってきた総菜やパンなどをテーブルに並べるなどの行為あり。
- ・令和4年春先から本人から「エライ。」などと言われたり、体の浮腫、嘔吐など体調不良が続いていた。「歩けない。」と這って移動することもあった。以前できていた縁側のカーテンや窓を開けたり、洗濯物を干したりすることがなくなっていた。

家族等の支援状況

- ・車で30～40分離れた所に住む妹のみ

ACPのプロセス

- ・平成30年5月から介入し、令和4年春先くらいまでは、ヘルパーや妹の支援を受け、大きく体調を崩すことなく生活できていた。
- ・令和4年春先から本人から「エライ。」と訴えがあったり、嘔吐や便失禁があったりと体調不良が続いていた。また、歩けないと這って移動することもあり、以前行っていた縁側のカーテンを開けたり、洗濯物を洗って干すこともなくなり日常生活に支障が出てくる状態となった。
- ・病院受診を勧めるものの「行きません。」と拒否。キーパーソンの妹へ状況を伝えても「本人が行きたくないと言うので。」と受診には繋がらなかった。
- ・春先から体調不良が続いており、何度か妹へ受診協力を依頼するも「本人が嫌がるから。」などと受診に繋がらなかった。妹ひとりで病院へ連れていくのは難しいと判断。受診当日の準備をヘルパーとケアマネジャーで支援することで了承を得て、受診につながった。
- ・受診当日、病院に行くことに対する拒否感はなく順調であったものの、主治医より入院の必要性を説明されると、本人より「家に帰りたい。」「入院は嫌だ。」「どこにも行きたくない。」と本人の強い意思を確認した。

ACPを経た支援の方向性

- ・ヘルパーや妹、配食サービス、地域住民の支援を受けながら生活を支援していく。
- ・受診を機に医療との繋がりができたため、今後も継続した訪問看護による体調確認や緊急時の対応をする。
- ・受診について、「家がいい。」「入院は嫌だ。」「どこにも行きたくない。」などの本人の思いを考え、訪問診療で対応する。

支援の経過

- ・体調不良が続いていたときに、長期連休（GW）前に支援者である妹へ、体調が悪ければ病院へ受診するようにと話をしたものの受診には繋がらなかった。その後も、何度か本人と妹に受診をすすめるも、拒否があり受診に繋げることはできなかった。そのため、体調の様子等をヘルパーと密に情報共有した。
- ・妹ひとりで病院へ連れて行くのは難しいと判断し、朝の着替えなどの準備をヘルパーが支援し、乗車までの支援をヘルパーと担当ケアマネで支援することを妹に提案。妹の了承を得て本人に提案し、受診することに同意を得た。事前に、病院のMSWに相談・報告を行い、MSWから医師へ情報提供等されたことで、スムーズに受診に繋がった。
- ・受診時に医師から入院の必要性を説明がされたものの、入院手続き中に、本人から「家がいい。」「入院は嫌だ。」「どこにも行きたくない。」などの訴えがあり、話し合いの結果、在宅を継続することとなった。
- ・医師には日常生活の情報（介助がなければ服薬困難など）を伝え、1日1回の服薬となった。現在は、服薬を拒否することなく、訪問看護、ヘルパー、妹の支援にて、体調が安定した状態で過ごしている。

支援の所感

- ・今まで、精神科の病院を年に1~2回受診のみ（服薬なし）で他の内科などにかかっていなかった。今回は少し強引な受診勧奨であったかもしれないが、医療（内科）と繋がることで訪問看護と訪問診療を導入できたことはよかった。
- ・病院との距離が近い（日頃からの良好な連携）ことが当事業所の強みであり、当地域の特徴を活かし実現できた。
- ・訪問診療の初回時に、妹からは「面倒を見るのは自分だけ。」、医師からは「妹さんが体調を崩して入院などで世話ができなくなった時のことを今のうちに考えておいた方がいい。」と話をされた。
- ・現地点での本人の意思確認を踏まえ、医療と介護のチームで情報共有し、横の繋がりを深めていきたい。

事例4 本人と家族が希望した自宅での看取りを多職種で支えた事例

職種 ケアマネジャー

年齢・性別等 ・86歳 男性 要介護5

疾病・状態 ・胃がん末期、重度貧血

家族等の支援状況 ・妻、長男夫婦、孫との5人暮らし。
・妻も介助するものの、多くは長男妻が献身的に介護。

ACPのプロセス

- ・ R1年10月 胃がんと診断。胃全摘術で根治と診断されるものの、本人は手術を拒否。
- ・ R2年10月 貧血の悪化。
- ・ R3年2月頃から活動範囲の低下があり、楽しみであった畑仕事ができず、通院も困難となり訪問診療と訪問看護が開始。
- ・ ケアマネジャー介入当時は、介護保険の新規申請中だったため、包括支援センターと居宅介護支援事業所で訪問。福祉用具もすぐに利用開始。重度貧血(Hb5.5g/dL)もあり、自宅での鉄剤治療開始。訪問診療開始と同時に、医師主導でACP会議を実施。本人や家族が望む医療及びケアについて共有・確認をした。
- ・ 「出身地である東北に行きたい。1日でも長く生きられるより、苦しまない、痛くない治療を望む。延命治療はしない。最期に過ごしたいのは自宅しかない。」と本人の意思は固く、「不安は何もない。」と話されていた。
- ・ ACP会議の最中に、本人の生き立ちや趣味等思い出話に花が咲いた。また、本人がやりたかった事など大きな夢もあり、本人の人生観に触れた話、家族への思いを聞くことができた。
- ・ 家族も本人の意思を尊重し、在宅介護を強く希望された。後日、訪問診療時に医師が本人の意思を再確認するも、意思は変わらないと話された。

ACPを経た支援の方向性

- ・ 本人は自宅で過ごされることを強く望んでいた。
- ・ 家族も本人の意思を尊重し、またコロナ禍で一旦入院をすると面会が全くできない状況になることに対する懸念も大きく、「入院はしない、させない。」と本人・家族の意見は一致。
- ・ 主介護者である長男の妻を中心に、介護とその支援を実施した。

支援の経過

- ・ 重度の貧血により輸血をする為に1泊だけ入院する必要があったため、本人に医師から説明をし、納得され1日のみ入院。

- ・退院後も貧血の改善は難しく、食は細くなり、3月には帯状疱疹を発症。痛み・痒みが強く、ADLが急激に低下したため、訪問看護師が緊急訪問することがあった。
- ・献身的であるがゆえに、余計に妻をはじめ長男の妻の疲労が増していった。
- ・本人が元気な頃に、よく本人と口げんかをしていた長男の妻が、本人の好きな食べ物（特にうなぎ）を毎日準備し、東北から送られてきた山菜を毎日料理。本人の食事は減ったものの、少しでも力をつけてほしいと訪問栄養士から高栄養食の指導も受けた。
- ・長男の妻は、本人に毎日マッサージをし、他にもトイレ介助、車椅子介助での散歩、本人ができない畑仕事を代わりに行う等、本人夫婦を気遣いながら全てやりつくしたといえるほど介護に専念された。
- ・本人の自慢であった自宅の檜風呂に、長男の妻がギリギリまで入浴介助を実施。本人が歩けなくなり檜風呂に入れなくなったときには、本人に説明を行い、一度だけの利用であったが訪問入浴を導入。
- ・状態に合わせて、短いスパンでの福祉用具の入れ替えも行った。
- ・包括支援センターと居宅介護支援事業所のケアマネジャーが連携を取りながら変更申請を行い、要支援から要介護となった。その後も、妻や長男の妻へ、体調確認・声掛け等をし、各担当が情報共有しながら支援を継続した。
- ・R3年5月、訪問看護師が早朝に訪問し、医師に連絡。救急車を呼ぶことなく家族に看取られながら自宅で本人が最期を迎えた。

支援の所感

- ・本人の希望であった出身地である東北には行くことができなかったが、医師、看護師、訪問栄養士、訪問入浴、福祉用具、包括・居宅ケアマネが共に情報を共有しながら関わり、本人・家族が希望された自宅での看取りを支援させていただくことができた。
- ・手術を望まず弱音を決して言われずに天寿を全うされた本人の強い意思を目の当たりにして、人の命の尊さについて改めて考えることができたケースであった。
- ・医療に関することは医師や看護師に相談できるものの、ケアマネもある程度の医療・介護の知識（血液検査からわかること、病気の進行や予後について、移乗やオムツ交換の仕方、食事で気をつけることなど）を持ち、家族の疑問にその場で少しでも答えることができると、家族の安心感に違いがあることを改めて感じた。今後の支援に活かしていきたいと思う。

事例 5

本人の思いを尊重し、最期まで訪問系サービスを利用することなく在宅生活を送った事例

職種

介護支援専門員

年齢・性別等

・ 56 歳 女性 要介護 4

疾病・状態

・ 子宮がん末期

家族等の支援状況

・ 独居。夫とは離婚。長男は市外に居住し、長女は隣町に居住。

ACP のプロセス

- ・ 退院して在宅療養に移行する際にサービス介入。子宮がん末期だが、退院前カンファレンスはなく、MSW から「ADL は自立しており、状態として現状は良いが、これから急変していく可能性が高い」と情報提供があった。
- ・ 本人は、独居でメゾネットタイプの 2 階に居住。退院時の ADL は自立しており、生活動作での困りごとはなし。今後の状態変化や死について、本人・家族とも理解ができておらず、これから先も受診治療することで今を維持できると信じていた。
- ・ 本人・家族から「介護の支援は必要ないが、階段の上り下りや段差だけ手すりがあると良いので環境だけ整えたい」と希望があり、退院に合わせて設置をする。
- ・ 食事や入浴排泄に関しても徐々に難しくなる可能性が高いが、本人・家族もイメージがつかない様子で、あまり深く考えていないようであった。

ACP を経た支援の方向性

- ・ 独り暮らしでも、本人の思う生活を送ることができ、家族の後悔もなく本人らしい生活を送ってもらうことができるよう支援する。

支援の経過

- ・ 退院後、しばらくは調子が良かったが、1 か月を過ぎた頃より ADL 低下が著明。ひとりで階段の上り下りができなくなり、買い物や掃除、入浴などについても長男長女の支援がないと自宅での独居生活は難しくなってきたため、MSW へ報告。
- ・ 本人に訪問看護やヘルパーなど、介護保険サービスの利用の提案をするが、「人の手を借りたくない」との思いが強く、福祉用具のみのサービスで過ごすこととなった。
- ・ MSW に生活状況について報告し相談。主治医はインフォームドコンセントをしているが、本人・家族が理解できているか分からない様子と聞く。
- ・ 長男長女は 20 代で、介護も初めてであったことから、どう対応して良いか分からない様子であった。しかし、毎日仕事帰りに顔を出し、時には車いすを借りて一緒に買い物に行くなど、とても協力的であった。本人ができなくなったことに対し、改善方法を家族内で考え、改善策をその都度行っていたため、モニタリング時はいつも「大丈夫

夫。」と話していた。本人に対する長男長女の思いは「本人のしたいことをさせてあげたい」と意向があり、活動的であった。

- ・更に2週間ほど経った頃から、動きづらくなり失禁が増えてきたが、最後までトイレに行きたいと本人の希望が強かった。そのため、トイレまでの環境を再確認するが、トイレに行けない可能性が高いことから、長男長女に朝晩のオムツ交換をお願いした。
- ・10日ほど経ったある日、本人から買い物を頼まれた長男が訪問したところ、転倒していたのを発見する。本人の意識はしっかりしていたが、起こすことができなかったため、救急搬送し入院することとなった。
- ・検査の結果、転倒で圧迫されていたところが壊死しており、翌日に亡くなった。

支援の所感

- ・訪問診療や訪問看護、ヘルパー、訪問入浴などを利用することで、安楽安心して緩和ケアが提供できたのではないかと考えていたが、本人は緩和ケアを望むことなく退院後2ヶ月ほどでご逝去となった。
- ・痛みやしんどさも我慢されていたが、最期まで本人らしい生活を送ることができたと、家族は悔いなく送ることができたと話されていた。

事例6 本人と家族の意向が相違した事例

職種 介護支援専門員

年齢・性別等 ・70歳 女性 要介護5

疾病・状態 ・子宮がん末期、化膿性脊椎炎の疑い。

家族等の支援状況 ・長女（看護師）と夫が支援。夫と2人暮らし。

ACPのプロセス

- ・病院MSWより紹介があり、介入。本人は余命3～6か月と診断される。退院前カンファレンスを行い、在宅での看取り方向となる。現在は落ち着いているが、今後、状態の変化が予想されるため、後方支援として入院についても退院前カンファレンス時に確認をする。
- ・長女は名古屋に居住しているが、本人と夫が自宅に帰りたく強く希望されていたこともあり、在宅で見たいと希望する。退院後は夫と長女での支援となる。長女は働きながら、名古屋からの通いで支援を行うこととなった。

ACPを経た支援の方向性

- ・夫と長女は在宅看取りを希望したが、最終的に本人が病院に行きたいと強く希望され、入院し病院で看取りをする方向となる。

支援の経過

- ・退院後に、徐々にめまいや吐き気が強くなり、「常時船酔いしているようでつらい。」と相談があった。本人は、病気と薬の副作用もあるため、しょうがないと話していた。
- ・夫と長女はローテーションを組み、支援をしていたが、本人の疼痛緩和が難しく、徐々に本人からは「つらい。死にたい。」の言葉が増えてきていた。
- ・退院して3週間後、状態が悪化する。本人からは「強いモルヒネを打ってほしい。病院に入院させて。私を助けて。」とケアマネジャーに訴えがあった。
- ・ケアマネジャーから家族に相談すると、「入院は絶対にやめて欲しい。コロナ禍なので、病院に行くと二度と会えなくなる。本人が辛くても自宅で看取りたい。」と強い希望があった。主治医と訪問看護師に相談をし、話し合いの場を設けることとなった。
- ・本人、夫、長女、主治医、看護師、ヘルパー、ケアマネジャーが同席し、本人と家族の意見について話し合いを行う。最終的に、本人は「病院に行けば痛さ苦しさを何とかしてくれる。」と話し、病院に行く安心感を求めた。そのため、コロナ禍でも最期の時に面会が可能な病院を主治医が探し、入院することとなった。
- ・家族からは「面会もでき、最期は家族も納得できる看取りができた。」と連絡があった。

支援の所感

- ・本人と家族の意向の相違があり、何が正解なのか分からなかったが、家族から「入院して良かった。」と夫から最期の様子をお聞きすることができた。最初は本人と家族の意向が一致していたが、状況により本人と家族の意向が相違していることが分かった。
- ・状態により本人の意向も揺れ動き定まらないのは、その時その時で本人は色々と、常に一番良い方法を考えているのだと感じた。考えは揺れ動いて当然なので、支援方法を確定しないことが大切だと感じた。

事例7 本人の意思表示がなく今後の方針決定に難渋した事例

職種 介護支援専門員

年齢・性別等 ・71歳 男性 要介護1

疾病・状態 ・2型糖尿病、糖尿病性腎症、黄斑変性症、脳梗塞、認知症

家族等の支援状況 ・独居。長女は隣の市、次男は市内在住。

ACPのプロセス

- ・血糖コントロール不良で入院し、退院後の生活のために介護サービスの利用を開始。退院前カンファレンスには長女、次男が同席する。
- ・本人は意思の表出が少なく、自身の意にそぐわないことや支援は拒否をする。
- ・入院前は、住居がごみ屋敷の状態であり、業者の手配等を長女・次男が行っていたが、退院後は支援できないと話す。そのような中での退院となる。

ACPを経た支援の方向性

- ・本人の生活の意向を確認しながら支援を検討し、都度提案することで本人の意思決定を促す。

支援の経過

- ・退院後、本人の困りごとに対してサービスを入れていたが、本人の意向に沿わないことは行うことができなかった。この頃から、本人の意思表示は、ほとんどなくなった。
- ・デイサービス利用時に脳梗塞が疑われるような症状があったため、長女・次男に連絡を取ったが、「病院に連れていくことは翌日しかできない。」と長男・次女は話す。生命の危機のリスク等も伝えるが、頑なに「翌日に。」と話すため、翌日に受診をすることとなる。
- ・脳梗塞の診断が出て入院となる。軽症であり、2週間ほどで退院の話が出るが、長女・次男は病院を訪れることなく、本人の帰りたいとの意向で話が進む。この入院をきっかけに、インスリン注射が必要となるが、本人は訪問看護等を拒否する。インスリン注射は週一回であったため、既存のサービスで対応することとした。
- ・退院後、明らかなADL低下が見られる。ヘルパー介入時やデイサービスの利用前には、毎回、尿失禁便失禁をしており、体調確認や受診の話をするも、本人との意思疎通ができず意思確認・決定ができない状況。本人は、配食弁当にも手がつかず、水分摂取量も少なくなってきたため、夏であったことから、長女・次男に連絡し受診を促す。しかし、前回と同様に長女・次男からは拒否される。
- ・地域包括支援センター職員と訪問し、救急搬送することとなった。救急搬送後、明らか

な異常所見はなかったため、当日帰宅することとなる。長女・次男に連絡するが、長男・次女は「病院に任せる。」と話す。結局、病院と話し合いができなかったため、介護タクシーを手配し、帰宅することとなる。

- ・翌日、事前に調整していたケース会議を市役所で実施した。本人は意思決定ができず、長女・次男は本人に対する関心がない状況であったため、市を交えて今後の方針を決めることとなっていた。当日の朝、長女・次男が本人宅を訪れるも、糞尿まみれで本人を連れて来ることができないため、本人抜きでケース会議を開催し、身元保証サービスや施設入所の方向で早急に対応することとなった。
- ・施設や病院と調整し、ケース会議を開催した当日中に、本人は入院することとなる。入院後、自宅での生活は困難と判断され、施設入所の方向で病院が調整することとなった。

支援の所感

- ・正常な判断ができない本人、本人に関心のないキーパーソンとの ACP は極めて困難だと感じる。生きる死ぬの意思表示もなく、長女・次男も無関心であったため方向性を決めるのに時間を要した。
- ・支援が必要になったタイミングで ACP を始めるのは遅いと感じる事例であった。

事例 8 「家族と過ごしたい」 終末期の一時退院を情報共有しながら支援した事例

職種 看護師

年齢・性別等

・69歳 女性 要介護4

疾病・状態

- ・病名：左肺腺がん・転移性脳腫瘍・がん性髄膜炎・転移性骨腫瘍
- ・20XX年6月
左肺腺がんと診断、化学療法を受けていた。転移性脳腫瘍をきたし放射線療法を受け、その後は内服による抗がん剤治療を継続し、自宅療養ができる状態まで回復。
- ・4年後の1月
食事摂取ができず、意識障害が出現したため市外病院へ入院。入院中、腰部骨転移による疼痛はオピオイド鎮痛薬による疼痛コントロールで緩和されていた。転移性脳腫瘍により意識レベルの変動はあるものの、覚醒時は短い会話は可能。ADLはベッド上生活で全介助を要す状態であった。栄養はPICC（中心静脈カテーテル）挿入による高カロリー輸液を24時間継続され、経口摂取は誤嚥の危険性があることから楽しむ程度で許可は出されたが、本人からの要求はなかった。けいれん発作発症の可能性があるため、処方されていた抗けいれん薬の服用は、かろうじてできていた。
- ・4月15日
本人と夫・長男が自宅近くの病院に転院を希望したため、市内病院へ転院。
- ・4月17日
自然排尿がないことから膀胱留置カテーテルが留置。

家族等の支援状況

- ・夫と長男との3人暮らし。キーパーソンは夫であり、長男は夫をサポートしている。夫は夕方出勤し朝に帰宅、長男は朝出勤し夜帰宅する仕事で、入院前に在宅療養をしていた時は、夫と長男が介護を分担していた。
- ・一時退院が計画された際は、退院に向けて夫と長男が医療機器の管理や介護指導などを退院調整看護師から受け、仕事の合間をみて取り組んでいた。
- ・市内在住の義姉の協力は得られるが、常時滞在することは難しかったが、携帯電話で本人と連絡を取り、精神的なサポートをしていた。

ACPのプロセス

- ・4月15日 市内病院への転院時
本人は「家に帰りたい。家族と過ごしたい。」と希望があった。
MSWが介入し、夫や義姉と電話連絡を取りながら「在宅療養の希望」の意向を確認する。随時、本人の体調の変化に合わせて、「家族と過ごしたい」思いを確認した。
- ・4月19日 訪問看護師が病室へ訪問
本人：「帰れるの？」との発言あり。一時退院できることを説明する。

・4月20日 退院前カンファレンス開催

【出席者】夫・長男・病棟看護師・退院調整看護師・MSW・ケアマネジャー・訪問看護師
※主治医は出席できなかったため代弁対応

【内容】本人・家族の意向の共有、入院中の経過、主治医からの病状説明と療養上の注意点(代弁)、医療機器管理ならびに介護指導内容、在宅療養の役割分担、福祉用具の貸与、訪問看護の訪問日程、緊急時対応、退院・入院時の移動方法など。

ACPに取り組んだことによる支援の方向性

- ・入院中の面会制限や病状悪化により電話での会話も困難となり、本人のみならず家族もストレスフルになっている状況であった。そのような中、夫と長男の連日休暇の限られた期間での一時退院であるため、双方の「一緒に過ごしたい」という意向を尊重した支援をしていくことを重視して方向性を定めた。

【本人への支援】

退院中も病院治療やケアを継続できるように、訪問の調整や療養環境の調整を行いながら、自宅での療養期間を安全に安心して家族と過ごすことができるように支援する。
(訪問介護の利用や訪問看護の連日訪問については、夫は「家族で大丈夫。」と断る)

【家族への支援】

本人の願いを叶えてあげることができた実感と、介護をしてあげたいと思う家族としての役割を達成できるように支援する。

- ・多職種との連携強化では、退院当日には帰宅時間に合わせてケアマネジャーと同席し、状況確認を行いながらスケジュールの確認、役割分担などの情報共有を行い、連携強化を意識して行う。また、緊急入院の可能性もあるため、病院の外来看護師や当直看護師に入院の受け入れがスムーズにできるように情報提供を行う。

支援の経過

・4月26日

主治医が緊急時の対応について、長男に「万が一、在宅で最期を迎えられたら、往診にて看取り。訪問看護に連絡。」と説明したことを救急・時間外外来担当者に対して電子カルテで情報共有を行う。

・4月30日 退院日

本人：(帰宅後)「わかる。」「帰ってきた。」「また、お願い。」「寒い。」と話す。
希望があれば伝えてもらい、対応することを説明する。

・4月30日～ 在宅療養期間中

夫：「変わりはないね。大丈夫。」「身体拭きは終わった。」「問題ない。」と話す。
病状に大きな変化はなく経過し、バイタルサインなど体調について家族へ説明する。
本人は声かけに返事をされる程度の会話は可能だが、うとうとしていることが多い。

・5月9日 再入院

本人：「(自宅は)よかった。姪もいた。」

夫：「(本人は)帰るときに涙ぐんでいた。」と病棟看護師に話す。

夫や長男の可能な日程で、2回目の退院調整を行う。(退院期間 6月9日～13日予定)
退院前にMSW、退院調整看護師、病棟看護師と経過について話し合う。

・6月9日 退院当日

本人：「・・・」声かけに開眼、僅かに発語あり。JCS:Ⅱ-200~300。

状態観察、輸液や酸素吸入などの管理、吸引の手技方法、緊急時の連絡先について、家族へ再度説明。

夫：「毎日訪問してください。」と話す。

夫の希望通りに調整し、ケアマネジャーに報告する。

・同日 21 時

長男より「呼吸がえらそうです。見てください。」と緊急連絡あり。

臨時訪問時には、呼吸状態が悪化し SPO2（血中酸素濃度）低下あり。吸引を実施するが、呼吸状態は改善しない。JCS：Ⅲ-100。

本人の呼吸困難により、夫と長男が相談し、緊急入院を希望する。病院へ救急搬送の受け入れを依頼し、緊急入院となった。

入院後、病状の悪化に伴い個室に転室、医師の許可を得て、家族の面会や付き添いが可能となり、夫が最期まで付き添った。

・7月3日 死亡

---以下、支援の概要---

- * 医療依存度が高く、病状の進行や急変の可能性が高い状況での退院であるため、緊急時の対応についての想定を主治医や当該病院の救急外来との連携と情報共有を行う必要があった。
- * また、休祭日での自宅療養のため、本人や家族の期待に沿えるように、緊急時の時間帯や体調変化に応じた対応を訪問看護師間で情報共有した。
- * 夫や長男は、介護経験はあったが、新たに HPN（在宅中心静脈栄養法）や輸液ポンプの管理、排泄処理などが増えたことによる介護負担について、正直に表出できるような関係を再構築するよう心掛けた。
- * 退院前カンファレンスでは家族の意向を確認し、家族と訪問看護師の役割分担を行った。訪問スケジュールは家族の意向に沿い、訪問しない日は電話にて体調確認等の相談ができるようにした。
- * 1 回目（4月30日~5月9日）の退院では、帰宅直後に訪問を行い、体調確認・輸液確認・輸液ポンプの作動確認と緊急連絡先を再度説明した。療養中の楽しみなど本人と家族を交えて会話をもつことで、本人は自宅にいることを実感してもらい、本人の意向に沿って役割分担を行いながら 10 日間、自宅で過ごすことができた。本人から家族へ感謝の気持ちが伝わり、穏やかな表情で過ごすことができた。
- * 2 回目（6月9日）の退院では、HOT（在宅酸素療法）が新たに導入された。また、口腔内吸引が必要とされたため、吸引器を自宅に設置した。病状の進行により急変も起こりうることも予測されたため、帰宅時間に合わせて訪問したことで、緊急時対応の連絡について再度伝えることができ、連絡しやすい関係ができていた。
- * 退院当日（帰宅 6 時間後）、家族から呼吸困難との連絡を受けて臨時訪問し、本人と家族の希望を確認し、病院へ救急要請の支援を行った。

支援の所感

- 本人と家族の意向が一致していることは、支援に対する体制づくりやその方法、役割分担などが明確になり、多職種での連携強化がされやすいことを実感した。
- 病状の進行に伴い、1回目退院時（4月30日）と2回目退院時（6月9日）との変化が生じており、受け入れる家族の心理状況も変化していることを認識しながら対応することが重要だと学んだ。
- 2回目退院時（6月9日）は、病状の変化により緊急性を要したため、本人や家族にとっては救急搬送や再入院など早急な判断を求めることとなったが、最終的に意向に沿って対応できた。
- 医療機関との連携をもって退院の準備を行っていたことは、再入院がスムーズにいった要因だと言える。

事例9 最期まで家族と過ごすことができた事例

職種 訪問看護師

年齢・性別等 ・86歳 男性 要介護5

疾病・状態

- ・胃がん末期。訪問看護介入時は、庭の散歩ができ意識もはっきりしていた。
- ・3か月の間で、徐々に食事や排せつの支援が必要となる。疼痛コントロールのための麻薬製剤の使用から傾眠傾向もあり、意思の疎通が困難となる。

家族等の支援状況

- ・長男夫婦が主介護者、看取ること看取られること分かりあつての生活。絶えず声をかけての介護姿勢だった。
- ・最期まで家にいたいという本人の意思表示に対して、家族はそれを尊重し、不安なことや不明なことは、看護師の支援を受け入れ落ち着いて介護していた。

ACPのプロセス

- ・病院への通院が困難となり、訪問診療と同時に訪問看護の介入となる。その時点で「今後どうしていくか、現時点で望む医療行為の範囲、今まで大事にしていたこと、本人や家族の意向の確認、代理意思決定者の確認」を、医師、ケアマネジャー、訪問看護師、家族、本人と情報共有した。
- ・その後、日課だった畑までの散歩や大好きだった入浴、飲酒ができなくなる時期に、本人と介護者にパンフレットを用いて、その都度、今後さらに起こりうる身体上的の変化を説明し、自宅での看取りの意思を確認した。

ACPを経た支援の方向性

- ・本人の「最期まで家で過ごしたい」という想いを支援する。

支援の経過

- ・ADLはほぼ自立状態であったが、2月から3月にかけて、徐々に介護者の支援が必要な状態となる。家族は介護が初めてだったが、本人の「最期まで家で過ごしたい。」の気持ちを尊重し、本人を支援する。ADLが落ちていく度に家族の不安が表出するため、本人の状態が理解できるようにパンフレットを用いながら説明し、自宅や本人の症状に合わせて、看護師と共に支援した。
- ・また、徐々に食事が取れなくなっていくため、栄養士が介入する。
- ・ケアマネジャーが訪問回数を増やして、日々の困りごとに関して聞き取りをし、その情報を専門職で共有した。
- ・本人は、自宅の風呂がお気に入りであり、動けなくなるまで入っていたが、それも出来なくなったため、訪問入浴を開始する。

- ・症状の増悪を予測して、今後起こりうる身体や精神状況の変化を、パンフレットを用い説明を行う。息子の手で、大好きだったお酒をスポンジに含ませ2回嚥下した。
- ・最期は、家族全員で慌てることなく看取ることができた。

支援の所感

- ・疾患を告知された時から、本人は最期の姿を考えていたかと思う。それに対して、家族はできる範囲で支援を行い、家族にできないところは看護師やその他の支援者に協力を求めている。
- ・「最後にお酒を。」の気持ちになれる落ち着いた介護をされたことに大変感謝している。

事例 10 夫を自宅で看取った妻が、自身も自宅での最期を希望した事例

職種 看護師

年齢・性別等	・92歳 女性 要介護5
疾病・状態	・慢性心不全 慢性呼吸不全
家族等の支援状況	・長女、孫1人、ひ孫2人との5人暮らし

ACPのプロセス

- ・訪問看護介入時にACPを導入した。

【本人の思い】

入院治療の希望はなく、自宅で亡くなりたくと希望あり。
気持ちはずっと変わらずにいた。夫を家で看取った経緯がある。

【長女の思い】

介護に不安を抱えていたが、看護師に相談しながら母の支援をする。
母の思いに寄り添うようにしていた。母と共に、父を家で看取ったことがある。

ACPを経た支援の方向性

- ・介護者である長女に大病の疑いがあったが、本人は、入院治療の希望はなく自宅で亡くなりたくと、気持ちは変わらない。
- ・長女も、自分の体が続く限り自宅で過ごしてもらいたいと希望しているため、診療医師に、自宅での看取り対応が可能であることについて確認を取り、在宅看取りの方向で支援をする。

支援の経過

- ・状態の大きな変化はなく、生活されていた。介護は長期化していた。しかし、急に症状が変化したため、電話で娘に検査・治療の希望の有無を確認した。長女は救急要請の希望はなく、「このまま自宅で様子を見る。」と話す。
- ・その後、訪問看護で状態を確認し、本人に「入院して点滴を希望するか。」と問うと、このまま自宅で過ごしたいと希望があった。同席していた孫二人も同意見で、長女は顔がやや強張っていた。
- ・医師に状態を報告し、自宅での看取り対応を依頼する。ケアマネジャーへは、サービス調整を依頼する。
- ・訪問看護師から長女に、本人に会わせたい人がいたら、その人に声をかけていただくよう伝えた。娘からは「本人が会いたい人には会うことができた。」と、報告を受けた。

支援の所感

- ・急変から2日ぐらいで亡くなられたが、苦しむ様子はなかった。
- ・長女からは、日頃から介護や状態について多くの質問があったが、話を聞いて対応していた。状態を説明すると、覚悟している様子があり、長女は落ち着いて看取ることができたのではないかと思う。

事例 1 1 がん末期だが抗がん剤等の治療は行わないことを希望した事例

職種 看護師

年齢・性別等 ・85歳 男性

疾病・状態 ・胃がん末期 がん性腹膜炎

家族等の支援状況 ・妻と二人暮らし。
・別居の娘は自宅に通ってくれて支援の助けをしてくれていた。

ACPのプロセス

- ・胃がん、がん性腹膜炎の診断を受けるが、手術適応外であり無治療であれば予後は数か月から半年であることを医師から説明を受け、抗がん剤の治療の提案もあったが、本人・家族より積極的な治療介入はしないと意向を確認。
- ・訪問看護の介入時
【本人の思い】
苦痛なく自宅で過ごしたい。生命予後を告知されショックはある様子だが、前向きに過ごしていこうという様子はある。
【娘の思い】
家で看取るつもりでいる。
- ・医師、看護師、薬剤師、妻、娘と話しをする。
【家族の思い】
急変を含め、看取る場所ではできる限り自宅を希望する。
病院だと父が好きなタバコが吸えないので、と話される。

ACPを経た支援の方向性

- ・疼痛コントロールは麻薬服用による対応し、服用できなくなった時は注射への移行準備を行う。
- ・腹水貯留に対する援助として、病院受診で腹水穿刺を行う。
- ・嘔吐症状出現時の対応として、鼻の管を入れるなど方法を説明するが「辛いことはしない。」と、様子を見ることになる。
- ・便秘に対し、緩下剤でコントロールし、服用指示を行う。

支援の経過

- ・喫煙は、1日に10本程度で楽しんでおり、本人のペースで生活していた。また、趣味の野球や家族、友人など親しくされている方と過ごしていた。
- ・状態が悪化し、ADLが急に落ちて、移動困難な状態となった。「どうしたら良いか。」と家族の不安に対し、ベッドの使用、疼痛コントロールの内服坐薬使用について助言をした。

- ・食事摂取量低下についての相談や症状に対し、その都度対応し援助をした。嘔吐が頻回にあったため吸引等の準備もしたが、どうしてもという時に吸引等は使用し、「普段は家族で口腔内を取り除きます。」と家族がずっと付き添ってくれていた。
- ・呼吸が徐々に弱くなり、家族が見ても時間が無くなってきている様子は理解できていた。残り少ない時間を家族でだけで過ごせるよき時間となるように援助した。

支援の所感

- ・最期は、家族や親族など集まって、エンゼルケアを一緒にする事が出来た。
- ・呼吸停止となり、家族は「痛みなく、吐くこともなく穏やかに逝けました。」と話された。穏やかな最期を迎えられて、在宅で看取れたことに対し家族は満足している様子だった。

事例 1 2

余命 1 年と宣告されたが自宅での生活を望み、状態によって入院治療を行いながら自宅での療養生活を送った事例

職種

看護師

年齢・性別等

・69 歳 男性 要介護 2

疾病・状態

・甲状腺がん、左頸部巨大リンパ節転移腫瘍

家族等の支援状況

・妻、娘夫婦、孫と同居。
・本人は妻の介護負担を気にしていたが、妻は負担を口に出すことはなかった。

ACP のプロセス

・病院治療をしており、病院で今後についての方針等の申し送りがあった。訪問看護介入時に ACP の導入を行う。

【本人の思い】

余命は 1 年と言われたが自宅で過ごしたい。自宅から通院治療したい。

【家族の思い】

自宅で良くなる希望をもって療養させたい。

田畑があり家を空けることが多い。娘の助けはあるが、出血したときの不安が強い。ホスピスを見学したが、今は入る時期ではないと感じた。

* 病院医師に対する本人と家族の信頼度は強かった。

ACP を経た支援の方向性

・状態によって病院受診や入院治療などしながら、在宅との両立を図る。

支援の経過

- ・頸部腫瘍が大きく時々出血をしており、洗浄創処置を実施した。大出血の可能性があった。
- ・今後起こりうる状態として、「徐々に状態が悪くなり、痛みのコントロールができなくなる」ことについて、しっかりと医師からの話がされておらず、通院している状況であった。
- ・病院看護師、訪問看護師で予後をどのように支援していくか話し合いをした。妻は、疾患に対する受容ができていなかったため、苦痛を伴う治療を継続している状況だった。
- ・治療後も痛みが強く、通院できる状況ではなかったため、入院し症状のコントロールを行う。今後について話をしたいと病院看護師に繋ぐ。病院医師からは「本人の誕生日が近く、在宅で過ごさせてあげたい」との意向があり、誕生日以降で時期を見て、疼痛コントロール・経口摂取量低下・ポート造設目的で入院をする。
- ・せん妄状態が出てきており、意思疎通は難しい状態だった。出血が続き、娘たちは、母

がひとりで介護することを心配し、入院継続の思いもあったが、妻は自宅で一緒に過ごしたいと思いがあり、退院となる。妻は、疾患に対し受容できていた様子だった。

- ・退院と同時に、訪問診療医に依頼。本人は、意思疎通は難しかったが、疼痛コントロールはできており、家族も安定して対応できていた。発熱症状が出て解熱剤等を使用するも、明け方に呼吸停止となった。
- ・家族は、「よく頑張ってくれた。家で看取れ良かった。」と話をしていた。

支援の所感

- ・家族から「長い間お世話になりました。こういうことは急なのでしょうが、なかなか受け入れられないでいます。でも前に向かって一歩ずつ家族とともに進みます。」と手紙をいただいた。
- ・訪問看護師としては、診療が入らないことに不安を感じて対応していた。本人が信頼していた病院主治医から訪問診療医への変更となったが、診療が入る形となって良かったと感じる。
- ・急な発熱による呼吸停止になり、やや家族は受け入れられない様子ではあった。訪問時にその都度、家族への声掛けをし、家族の心の準備ができるように配慮する必要があったと考える。

事例 1 3 在宅で最期を迎えたいと思いが変化した事例

職種 看護師

年齢・性別等

・93歳 女性 要支援1 元看護師

疾病・状態

- ・慢性心不全、慢性呼吸不全で在宅酸素使用中。ADL 自立。
- ・酸素使用しているため呼吸状態はあまり良くないが、入浴介助等は希望していない。
- ・要支援の認定を受けているが、自立度も高く、シルバーサポートによる掃除支援のみの介入だった。
- ・ADL は自立しているが、浮腫の増強により心不全の悪化のリスクがあったため、訪問診療医からは訪問看護の介入指示があり、サービス開始となった。

家族等の支援状況

・同居家族はおらず独居、敷地内に姪家族が住んでいる

ACP のプロセス

- ・サービス開始前の担当者会議から ACP 導入。
介入前の担当者会議時の思い（ケアマネジャーと訪問看護師参加）

【本人の思い】

ひとりで何かあってひっくり返って死んでも良い。姪御さんにも迷惑をかけたくなく何かあれば入院で良い。なるべくひとりで過ごしたい。

【姪の思い】

できる限り在宅で過ごしてもらい、看取りまではせずに、何かあれば入院。

ACP を経た支援の方向性

- ・本人は元看護師であり、病状の理解はある。不必要な介入は自尊心の低下を招いてしまう為、本人が必要とする介助などを確認しながら支援をする。
- ・週1回1時間、足浴をしながら下肢浮腫に対するケアで介入しながら、本人の思いの変化等をキャッチし、何かあれば入院することとする。
- ・徐々にADLが低下し、本人も状態の悪化を理解する。主治医から、姪に最期をどこで過ごさせてあげたいか、どこで過ごすのかを話をしてもらい、最終的に、在宅看取りに向けた支援をする。

支援の経過

- ・R4年3月 初回訪問時の思い
(本人) 何かあっても挿管も何もしなくて良い。何かあれば近くの病院に搬送して欲すれば良い。
- ・R4年6月 訪問時の思い
(本人) 夏は越したい。冬はもういいや。

・ R4 年 8 月上旬 訪問時の思い

(本人) 頭がボーッとする。もう終末期、この夏は越えられるけど冬は無理ね。

(姪) 点滴もやらないって。

・ R4 年 8 月中旬

(本人) 石鹸で身体を洗いたい。シャワーに入りたい。

* 酸素量も増え、徐々に ADL 低下した 6 月から 8 月中旬までは、最期をどこで過ごすのか、本人・姪は悩んでいた。元看護師でもあり、自身の状態は理解されているため、この間は本人の意向に沿い、本人が必要とするケアを実施。

・ R4 年 8 月下旬

* 主治医から姪に対し、介護サービスを利用しながら最期まで在宅で過ごせることを説明する。訪問看護師としては、主治医からの説明を受けた本人と姪が、どのように受け止めたのかを確認すると同時に、今抱えている不安について思いを聞き出す。

(本人) 1 日 1 日で変わっていく。今は 1 時間毎に変わっている。迷惑もかけたくないから入院すれば良いのかもしれない。でも、ここに居たい。訪問看護はとても素晴らしい仕事。ここで今の看護というものを見てみたい。看護師をやっている良かったなって思いたい。

(姪) みんなに甘えれば良いんだよ。これからどう変化するのか、介護もやった事ないし、とにかく不安。

* 本人は、上記の本音をこぼし、姪は在宅で看取ってあげたいと気持ちの変化があった様子。訪問看護師から、サービスを整え、最期まで自宅で過ごせる事、姪のサポートも行う事を伝え、最期まで自宅で過ごす方向となる。

* 姪の不安の軽減に繋がると判断し、今後、起きるであろう状態についてパンフレットを用いて説明する。また、訪問看護の回数を増やすとともにヘルパー利用を提案し、姪に、ひとりではないという安心感を持ってもらう。

* ケアマネジャーとも情報共有し、ヘルパー利用を開始。訪問看護は、週 1 回から週 3 回へ増やし、清潔保持と皮膚トラブルの処置を行う。ヘルパーに対し、介入時はトイレ歩行もでき、できる部分は見守って欲しい事、在宅看取りの方向である事を共有する。

・ R4 年 9 月 9 日

* 体調不良になっていると連絡があり、緊急訪問をする。訪問時は落ち着いてはいたが、独居という事もあり、ADL 低下や呼吸状態から、排泄について本人に相談する。本人は、ポータブルトイレやオムツの着用を拒否し、頑張ってトイレ歩行したい気持ち強い。

* 姪には、転倒する危険や、失禁してしまいパジャマからシーツまで全交換となった場合、自尊心の低下を招きかねないため、念のために防水シーツだけ使用する事を説明し、了承される。

・ R4 年 9 月 14 日 訪問時

(本人) トイレに行きたい。

* 呼吸状態からトイレは難しい事をお伝えし、オムツ内排泄となる。

・ R4 年 9 月 16 日 朝方

* 姪が様子を見に行った際に、呼吸停止を確認。訪問看護師にも連絡があり訪問する。

姪からは、名古屋に住んでいるもうひとりの姪に、最期の服を選んで欲しいと希望があり、到着を待ちエンゼルケアを実施。

* 姪から「本人は看護師に対し、よく怒っていたのを気の毒に思っていたが、半年以上も来てくれてありがとう。」と労いの言葉を頂いた。

支援の所感

- ・元看護師という事もあり、訪問看護師に対しても看護というものはこうあるべきという助言・指導の言葉を訪問時に毎回話をしていた。
- ・本人は姪の負担にならないよう、できる事は自身で行うという意思がしっかりあった。最期の最期までオムツ内排泄を拒否していたのも、姪を思っていたのかもしれない。最期まで自身の希望に沿えた療養生活だったのではないかと思う。

事例 1 4

本人が最期まで自宅で過ごしたいと望み、その想いを妻が専門職のサポートを得ながら支え、自宅での療養生活を送った事例

職種

訪問看護師

年齢・性別等

・ 85 歳 男性 要介護 5

疾病・状態

・ 脳出血・脳梗塞後遺症で眼球の動きはあるが、発声はなく、意思疎通がはかれない。
・ 嚥下障害で経管栄養実施するが、感染症再燃を繰り返す。

家族等の支援状況

・ 妻との 2 人暮らし。
・ 本人の状態に変化に慌てることがあったが、常に夫に寄り添い献身的。

ACP のプロセス

- ・ 妻との 2 人暮らしで、生活の中で「最期は何もしないでほしい」と本人の意向を伝えていた。
- ・ そこで、自宅で看取ることができると専門職から説明を受け、最低限度の点滴のまま帰宅することとなる。

ACP を経た支援の方向性

- ・ 大好きな入浴が続けられるように、訪問入浴を取り入れながら、自宅で過ごせるよう支援を行う。
- ・ 酸素チューブ等が、本人と妻が寄り添うことや、近所の方が挨拶に来たときの邪魔にならないよう、療養環境の調整を行う。

支援の経過

- ・ 訪問時に、「本人の嫌がることはやめたい。本人が苦しむのは嫌だ。」と家族から話があったため、吸引は未実施、酸素吸入は実施していくことを家族と共有した。また、大好きだったお風呂に数か月ぶりに入ることができ、妻は感激していた。
- ・ 妻や同居していない子の意見や気持ちを聞きながら、情報があれば医師やその他の専門職に情報共有した。
- ・ 妻は、初回の訪問から、本人の状態変化に戸惑いがあったが、自宅で看取ることへの気持ちの変化はなく、献身的な介護姿勢であった。
- ・ 主な介護者が高齢者であったことから、電話での相談や不安があるときは訪問をし、「本人だったらどうしてほしいか。」を妻と一緒に考え、解決した。

支援の所感

- ・ 老々介護の中で献身的に介護をされていたが、介護者も介護内容や介護期間によっては継続できなくなることもある。その変化をキャッチしながらの支援であった。
- ・ 入退院を繰り返し、長い間入浴されていなかったため、訪問入浴できた時の介護者の表情と、最期まで寄り添うことができたときの介護者の表情が忘れられない。

事例 15 在宅生活を続けていたが施設入所を決意した事例

職種 訪問介護士

年齢・性別等 ・81歳 女性

疾病・状態 ・パーキンソン病
・日によって動作や体調に変動がある。

家族等の支援状況 ・娘と同居しているが、娘の仕事が多忙であり、体調も良くないため、介護が難しい。

ACPのプロセス

- ・ひとり暮らしをしていたが、パーキンソン病を発症。
- ・ひとり暮らしが限界になったため、娘との同居を開始。その後、本人の体調に変動があり、出来ないことが徐々に増えていったが、娘の仕事が多忙で帰宅が遅くなり、親子での喧嘩が絶えなくなった。
- ・転倒リスクや行動面においても支援が必要な状態の中で、本人は「家族に迷惑をかけないように過ごしていきたい。」と意思を表明した。
- ・ケアマネジャーに報告し、本人や家族への負担軽減が図られるよう、訪問看護や訪問介護の介入を開始した。

ACPを経た支援の方向性

- ・体調の変化を考慮しながら、安全に歩行や入浴ができ、在宅での生活を継続できるよう支援を行う。

支援の経過

- ・必要物品等の購入を家族に依頼するが、家族からの協力を得るのが難しく、用意が不十分となってしまう。本人への関わりや助け合いも少なく、ネグレクトに近い状態であった。
- ・本人は歩行状態も悪く、何度も転倒しており、時には動くことができず、何時間もその状態になっていたり、清潔が保てず褥瘡が出来てしまうことがあった。
- ・ヘルパー側からも「在宅生活や介入が難しいのではないか。」との声上がり、本人の状態や周囲の環境状態等をケアマネジャーに相談し、訪問看護との連携を図った。
- ・直接家族に連絡をしたり、家族ノートを活用して、本人の状況を家族に知らせていくが、なかなか家族からの支援状況に進展がない状態。
- ・また、ある日から、使用物品等に対する家族からの苦情を聞くようになり、家族とケアマネジャー、事業所で話し合いを行った。
- ・本人からも、現状の不満や今後の不安を聞き、施設入所を決意することとなった。

- ・入所が可能となるまでは、連携を図りながら支援を継続していくようになっていたが、本人の気持ちに変化が生まれたため、改めて本人や家族、ケアマネジャーで話し合いを行った。
- ・本人は「自宅で出来る限りの支援を受けながら過ごしていきたい。」との意思を示した。
- ・その結果、家族の体調や負担、金銭状況も考慮し、訪問看護や訪問介護に加え、ショートステイやデイサービスを利用することを検討しながら、支援を実施することとなった。
- ・その後、本人の体調面が悪化し、入院することとなる。回復後は、在宅での生活を希望されているものの、現居住地には戻りたくなく、遠方に住んでいるご家族との同居を希望されていることをケアマネジャーから報告があり、当事業所の支援は打ち切りとなった。

支援の所感

- ・家族からの支援が難しい状況ということもあり、本人としては、体力や体調面から施設入所を決意されていたものの、自宅で出来る限りのサービスを受け、暮らしていきたいとの気持ちに変化していった。
- ・退院後には、遠方のご家族の居住地で生活することとなり、当事業所の支援は終わってしまったが、支援の中で揺れ動いていく本人の意思を尊重しながらのサービス提供であったと思う。

事例 16 本人の思いを聴く間もなかった事例

職種 看護師

年齢・性別等 ・82歳 男性 要介護3

疾病・状態

- ・突発性血小板減少性紫斑病、放射線腸炎
- ・R4年3月まではADL自立。その後、徐々にADL低下し、7月中旬には食欲が減退。
- ・ケアマネジャーより訪問看護の依頼があり、7月15日から訪問看護の介入開始となる。週2回で保清及び体調管理を行う。

家族等の支援状況

- ・妻（脳梗塞の既往）、長男と同居。
- ・長女（歯科衛生士）は近くに住んでおり協力的。

ACPのプロセス

- ・介入前の担当者会議で本人の思いは、緊急であったため、確認することができなかった。

ACPを経た支援の方向性

- ・緊急での介入であったため、まずは状態を把握し安心して生活できるよう支援を行う。
- ・訪問診療医は介入時に決まっていなかった。初回訪問時（金曜日）の状態をみて、訪問診療をできるだけ早く導入した方が良いと判断し、在宅相談ステーションに報告・相談する。長女は状態悪化のスピードに不安を抱えており、週末に急変もあり得るため、できれば同日中、または土曜日に介入できる訪問診療医を在宅相談ステーションに探してもらうこととなる。
- ・介入数日後に状態が変化し、家族の意向も確認し、在宅看取りの方向となる。

支援の経過

- ・初回訪問時（7/15）
（本人）えらい。
（長女）徐々に動けなくなって、7/5の受診時は採血も良くなっていると言われ、その2、3日後に一気に悪くなった。原因が分からなくて、病院にも「えらい。」と伝えただけ何もしてもらえなかった。
* 長女は病院に対する不信感と病状の悪化に対する不安があり、早く訪問診療が介入できるよう調整を図る。同日夕方に訪問診療が介入開始となる。
- ・訪問時（7/18）
* 熱発、意識レベルが低下し、緊急訪問する。本人の発話は不可。
（妻）昨日もえらいから入院するって言ってたけど、長女は家で看たいって。金曜日に点滴してほしかったけど、してもらえませんでした。
* 妻の思いもあり、訪問診療医に往診を依頼。長女にも連絡し同席してもらう。訪問看護師も同席。本人は、低栄養で浮腫もあり状態が悪いため、医師は、最期まで自宅希望か入院希望か、妻と長女に意向を確認する。

(妻・長女) 入院して良くなるのか。

(長女) 入院すると家族の付き添いが難しい。5月に入院した時も、どのぐらいの入院か父から聞かれ、数日かもしれないし、ずっと入院かもしれないと伝えたら父は黙ってしまった。入院中もずっと寂しかったみたいで、早く帰りたいと言っていた。入院してひとりにするぐらいなら、家で最期まで看たいです。(点滴も)出来るだけえらくないようにして下さい。

- * 家族の思いも尊重し、点滴も少ない量で実施する(補液+抗生剤)。介入して間もないが状態が悪く、家族の不安軽減と妻の介護負担も考慮し、毎日の訪問に切り替えた。
- * 看取りが近くなったときの状態についても、パンフレットを使って医師から説明をした。ケアマネジャーにも在宅看取りになった事を情報共有した。

・訪問(7/19)

(妻) 分からないことが多くて、毎日来てもらいたいです。

- * 歯科衛生士である長女が、口腔ケアや吸引を実施してくれる。それについては、長女に任せ。点滴することで喀痰量が増えてしまい、点滴を中止し、抗生剤の点滴のみとなる。
- * 本人は、身の置き所がない様子で、四肢をバタバタ動かしている。坐薬等で対応。家族の負担を軽減するため、ヘルパーの介入を開始した。

・訪問(7/20)

(長女) 夜は私が泊まって、殆ど寝ないでみました。

- * 長女の休息が十分ではないため、長女への声かけも行いながらサポートする。

・訪問(7/21)

(長女) ここ数日、父のそばにいて、こんなに髪の毛が多かったんだって思って。昨日も、孫たちが暑いって言ってアイスを食べて、その時に父に「食べる？」って聞いたら頷いたから少し口に入れました。その後「口を綺麗にするよ。って言ったら、はっきり嫌だって反応したんです。7月に入ってから殆ど口にしていない中で、ここまで頑張ってくれて、強い人だと思う。毎日、もうかなって思って、それでも朝が来て、父に「あと1、2時間で朝だよ。」って声をかけて今日を迎えています。孫たちにもその強さは伝わっていると思います。下血したって事は、もうそろそろですね。夜が一番不安になって。

- * 訪問時に下血を確認。身体を綺麗にし、マッサージを行うと、一気に眉間の皺がなくなり、長女に、もし身の置き所がないような感じがあれば、マッサージも効果的であることを伝え、試して頂く。
- * 血圧が低下しており、下血もした事から、「いつ何があってもおかしくないこと」、「ただ家族がそばにいて本人は安心すると思うため、普段通り話しかけてあげて欲しいこと」、「出血しやすい状態のため、口腔ケアはブラッシングではなく、スポンジブラシで拭う程度が良いこと」を助言。
- * また、「本人が好きだった飲み物やアイスで、口腔内を拭ってもらって良いこと」、「夜間でも不安であれば訪問看護に連絡しても良いこと」を伝えると、長女から上記の話があった。
- * 看取りの説明がされてから数日経過し、長女は父親の存在を振り返ったり、少しずつ受容している印象を受けた。
- * 主治医へ、本人の状態と家族の受容について報告する。主治医から、点滴があるた

め、止血剤を入れて点滴するように指示があった。前回補液した際に喀痰量が増え、余計に苦痛を伴うため点滴が中止になったことを報告し、そのまま経過観察となる。

・訪問（7/22 明け方）

*呼吸停止の連絡があり緊急訪問。妻、長女、長男が同席。

（長女）呼吸が止まる前に声がして、暫くして止まりました。元々、大工をしていて、母のベッドや壁も棚も、水車も色んなものを作っていました。

今年になってサンルームも建てました。帰りに見て行って下さい。よくトゲが手に入り、「取って。」と言っていたのを思い出します。

7/4に最後にお風呂に入って、あっという間に動けなくなって。

色々ありがとうございました。

（妻）お父さんのために作った着物、まだ一度も袖を通してないので、着せて下さい。

*医師にて死亡確認後、妻・長女とエンゼルケアを実施。その際に、上記の思いを話された。妻が製作した夏着物を身に付けた。

支援の所感

・7日間という短い介入であり、本人の意向などを確認できないままご逝去となってしまった。この短い期間の中で、意思決定支援をするというのはとても困難だったが、過去に入院した時のことを家族に振り返ってもらったりすることで、在宅看取りにつなげられた。

・訪問診療医も介入期間が短く、状態把握が追いついていなかったが、お互いにフォローし合う事で、苦痛を伴う点滴をせずにできた。短い関わりだと、お互いが持っている情報をいかに共有するかが大切であると感じた。

問合せ先

豊田市福祉部 地域包括ケア企画課
(豊田市在宅医療・福祉連携推進会議 事務局)

0565-34-6787