小規模多機能型居宅介護における
エンドオブライフケア
～友人が見守る中での最期を支援して～

坂井栄美
小規模多機能の家じゃんけんぽん国府

背景・目的

小規模多機能型居宅介護（以後小多機とする）では、住み慣れた自宅、地域で最期まで生活するために、通い、訪問、泊りの介護サービスを個別的かつ柔軟に組み合わせて生活支援を行う。また、生活支援の最終段階では、看取りの場としての役割も併せ持つ。今回、単身独居で身寄りがないA氏が、友人の力と小多機の支援を受け、本人が望む人生の終焉を迎えた事例を振り返り、終末期ケアの重要性について考える。

倫理的配慮

発表に関して個人が特定されないよう配慮し、B氏に対して口頭で発表内容を説明し、同意を得た。自施設の了承を得ている。

事例の概要

A氏：70歳代、男性、要介護4、単身独居、遠方に兄弟がいるが絶縁状態となっている。
既往歴：脳梗塞、認知症、蜂窩織炎
＜生活状況＞
小多機を利用開始当初は、自転車で買い物に行くことができていたが、自転車で転倒するなど徐々にADLが低下し、生活支援や体調を崩して臨時の受診支援が増えるようになった。介護保険の区分変更を行い、要介護4となり、昼間は施設、夜間は自宅で過ごしていた。生活保護の介護扶助、医療扶助を受けていた。

小多機利用の流れ

20XX－2年

小多機利用開始当初

週2日の通い
週5日、1日6回の訪問

配食・排泄介助・安否確認
買い物支援
B氏と情報共有

介護認定区分変更後

毎日9時～18時まで通い
22時に訪問

昼間は施設、夜間は自宅

A氏の思い

最期は自宅か小多機で、なじみの職員に世話になって過ごしたい。
いざという時は金銭管理など身元保証人をB氏にお願いしたい。
延命は希望しない。
再度、呼吸状態が悪化しても人口呼吸器は希望しない。点滴もできなくなればそれ以上は希望しない。
経管栄養は希望しない。

B氏の思い

A氏の思いを尊重したい。
亡くなった後は葬祭扶助ではなく、教会式で見送りたい。

小多機での支援

入院中の洗濯物受け渡し。病状説明に小多機職員同席し、医療との連携
在宅医との連携
リクライニング車椅子のレンタル
退院当日の交通手段の手配
B氏との情報共有

入院から退院まで

20XX年12月

22時に介護職員が訪問すると意識レベ低下
救急搬送

緊急入院

重症肺炎
抗生剤投与
陽圧人工呼吸器使用

誤嚥性肺炎改善
陽圧人工呼吸器から鼻カニューレでの酸素吸入

入院中の主治医より、慢性的に誤嚥していたことによる肺炎のため、今後も誤嚥は防ぎようがない。本人が延命を希望していないので、本人が希望している自宅か小多機に帰るとなれば、今のタイミングだろう

訪問診療の再開、在宅酸素の手配
小多機へ退院

退院後から看取りまで

退院後、B氏が面会に来やすいよう声掛けや、環境整備を行った。B氏が面会に来ると始めはわからない様子だったが、お祈りをすると、A氏は小さな声でアーメンと呟いた。退院から三日後、A氏は亡くなられた。
葬儀は、B氏や友人達がキリスト教で対応できる葬儀社を手配し、見送られ旅立たれた。

実践結果

A氏が事前に周りの人達へ終末期に対する意思を伝えていたことで、在宅医療への移行がスムーズに行われた。
また、「最期は自宅か施設のなじみの場所で過ごしたい」というA氏の願いを実現することができた。

考察

単身独居の方の終末期支援は、本人の意思に大きな重みがおかれる。今回、A氏が事前に周りの人達へ意思を伝えていたことで、A氏の望む人生の終焉に迷うことなく寄り添うことができたと考える。また、なじみの生活環境の中で、信頼する友人、信仰する宗教に見守られることで、痛みや苦痛も緩和され、よりその人らしい最期の時間へつながったと考える。さらに、その人らしく見送ることができ、B氏や友人の方たちのグリーフケアにもなったのではないだろうか。今後、在宅支援を行う立場として、**早期の段階から終末期に対する意思決定を支援していく必要があり、介護が必要な状態になってもなじみの人との関係が切れないよう橋渡しを行い、その人らしいエンドオブライフケアを追求していくことが重要と考える。**

今回の演題発表に関連し、開示すべき利益相反はありません。