

# 第19回 福岡県介護学会

開催日 令和3年3月14日(日)

会場 クローバープラザ508研修室(春日市原町3丁目1番地7)

主催 公益社団法人 福岡県介護福祉士会

---

---

本人の意思を尊重し、  
在宅での最期を看取る

---

---

**【発表者】**

中村 記子

# 『本人の意思を尊重し、在宅での最期を看取る』

北九州病院グループ 北九州ヘルスケアサービス株式会社  
北九州ヘルスケアサービス黒崎 訪問介護事業所  
管理者 中村 記子

はじめに

癌の末期となり、本人の希望により在宅介護・医療などを利用し、自分の母親、夫そして子ども達に見守られ、見送られた59歳の女性の最期を振り返る

## I 実施期間

実施期間 2015/4/13～2015/5/1

## II 事例紹介

### 1. 個人因子

氏名 I氏  
性別 女性  
年齢 59歳  
性格 明るく優しい

### 2. 健康状態（病歴）

39歳 子宮体癌 手術、バセドウ病 投薬治療  
44歳 大腸ポリープ 手術  
46歳 急性リンパ性白血病 化学療法  
59歳 膵頭部癌 膵頭部十二指腸切除

### 3. 心身機能・身体構造

- ・視力、聴力共に正常
- ・理解力、意思決定、伝達能力全て問題なし
- ・歩行は伝い歩きか、支えがあれば可能
- ・食事は配膳すれば自力で摂取可能
- ・尿意、便意共あり

### 4. 環境因子

- ・夫と同居（夫は日中仕事あり）
- ・子供2人（結婚し県外に居住）

- ・同区内に本人の両親が住んでいる
- ・介護保険（要介護4）

#### 5. 活動

- ・食事：普通食、自力摂取可能。制限なし。体力低下時は介助が必要。
- ・排泄：Pトイレ使用。（おむつは、したくない）
- ・入浴：全介助（訪問入浴利用）
- ・更衣：全介助
- ・移動：歩行は伝い歩き又は一部介助。体調により変化する。
- ・睡眠：傾眠
- ・コミュニケーション：会話は可能。体調により変化あり。

#### 6. 参加

- ・趣味のフラダンスは病気により出来ていないが、フラダンス仲間との交流は続いている。

### III. 介護の展開

#### 1. 介護の課題

本人の意思を尊重し、安心して自宅で過ごせる環境・態勢をつくる必要がある。

#### 2. 課題の裏づけ

癌の術後に治療をしていたが、いったん家に帰って体力をつけたい、家で過ごしたいと本人の希望があった。同居の夫は、自宅での生活に不安があるが、本人に関わる人は、とにかく優しい人、病気に寄り添ってくれる人が良いとの希望があった。

また、夫が日中不在の為、本人が一人になる時間を作りたくないとの希望があった。

#### 3. 介護の目標

家族・サービス事業所間で連携を取り、本人の意思を尊重し自宅で過ごせるようにする

#### 4. 介護内容

##### (1) 本人が一人にならない為の環境づくり

夫が平日（日中）仕事で不在のため

- ・訪問介護（月～金 1日2回）
- ・訪問看護（毎日）医療保険

- ・医師の往診あり
- ・母（毎日訪問・時間は不定期）
- (2) 本人の意思を尊重する
  - おむつは嫌だけどトイレに行く自信がない
    - ・Pトイレを設置する
- (3) 体調の変化に気付く
  - ・家族、訪問看護と連携を取る

## 5. 実施内容

### a. 看取り時までの状態

実施・対策	内容・評価
<p>〈安心して自宅で過ごす方法〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅の鍵は防犯の為、施錠をする</li> </ul>	<p>夫：「鍵は締めていたいが、すぐに来て欲しい時に開かないと困る。どうしたら良いか」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供責任者（以下、サ責）「キーボックスを敷地内に設置してサービス事業者が開けられる様にしては？」</li> <li>・キーボックスを購入し使用方法を全サービス事業者に伝達することで確実に施錠が出来た。</li> </ul>
<p>〈おむつは使用しない〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時にPトイレの声かけをする</li> </ul>	<p>夫：「本人の母が高齢の為、介助が難しい」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護、訪問看護の1日計3回訪問時に声かけをしてPトイレで排泄することが出来た。</li> </ul>
<p>〈体調の変化に気付くために〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人、家族から体調等について訪問毎にたずねる</li> <li>・ヘルパー、ケアマネ、訪問看護と訪問毎の状態の報告をする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どんな症状が出たら報告すべきか、病気とその注意点を訪問看護のケアに同行をして把握した。</li> <li>・伝えたい事がある時に誰に伝えるか、その内容を把握する為に、ケアマネにたずねた。（役割分担の明確化）</li> <li>・主たる介護者である夫との信頼関係を築く為に、訪問時に気付いた事をメモで残し、また、訪問時に心配ごとを聴いた。</li> <li>・サ責はヘルパーとの信頼関係を築くために、心配ごとの聞き取りや、訪問毎の状況の報告を伝達し共有した。</li> </ul>

b. 最期の看取り時の状態（期間：5日間）

1日目	退院日 サービス担当者会議	本人：「おむつは嫌」 夫：看取りまでする 「おむつは嫌と言う気持ちを大切にしたい。トイレに行きたい時は手伝って欲しい」
2日目	往診医が来る	本人：医師の顔を見て涙する。 医師：「本人の意思が最優先。入浴を希望されているので訪問入浴の導入・介護保険の区分変更をしましょう」 サ責に対して、 訪問看護：「連休まで持たないと思います。」
3日目	夫が往診医に緊急依頼	本人：口腔ケア「痛い」 母の声かけに泣き顔で「きつい」「痛い」 夫が本人を触らなくなった。おろおろして家の中を歩いている。どうしたらいいか分からない様子。 ヘルパー：「名前を呼んで身体をさするだけでも良いんですよ」と伝える。 夫、何度も名前を呼ぶ。 医師：「痛み止めと眠剤以外の薬は中止。昼間きつい時は眠剤を飲ませてください。痛み止めは1時間間隔で、苦痛の緩和に努めましょう。明日の入浴は本人の希望が強いため、実施しましょう」夫、母 承諾する。 母：「痛い時に痛み止め飲ませてあげたいけど、夫が飲ませようとしないうのよ」と呟く。

4 日目	身内や友人の訪問 訪問入浴日 往診医が来る	本人：訪問入浴「嬉しい。」 夫：フラダンスの仲間たちの訪問に、自分の不安な気持ちや夫婦の思い出を涙声で話していた 医師：「入浴の為に痛み止めを使用しましょう」 ・フラダンスの衣装や小物が部屋に飾ってある
5 日目	夫が親戚中に連絡、家族訪問	夫：「本人が母親と着て踊ったフラダンスの衣装を着せて欲しい。」 訪問介護、訪問看護と着衣介助。 娘：「1枚では寒いのでこれも着せて欲しい。母の日にプレゼントしたが着る機会がなかったのです。」 母：「せっかくだからお化粧しましょう。」 医師：「家族も食事を取り、休息を。普段通りの家族の会話を」
	20時	永眠
永眠 3日後	お別れ会	夫：「葬儀ではなく、お別れ会にしたい。本人が大好きだったフラダンスで送ってあげたい」 母親と仲間たちが祭壇に向かいフラダンスを踊る。
1ヶ月後	訪問看護と自宅訪問	夫：「まだ実感がわかない。信じられない気持ち。この家に居ると辛くなるので引っ越したいけど妻に怒られそうなので一周忌まではいます」

## 6. 訪問介護の評価

本人の希望である、オムツをしないで最期までトイレで排泄出来る環境作りと支援が行えた。

夫は、初めて利用する介護サービスの内容が分からず不安であった為、妻の介護と併せて、夫の精神的な負担を軽減する必要があった。妻の病状・介護、自分の生活・仕事等、主たる介護者の複雑な心理状態が、在宅介護に大きく影響すると考えた。そのため夫の不安を聞き取り、サービス事業所の役割や、困り事の内容によって相談の相手が変わる事等を、夫が理解出来るまで説明をした。また、病状が進行するにつれ、妻へどう接したら良いか分からない様子が見受けられた為、接し方を指導した。これまでの夫婦の話や家族の事などを話して下さるようになり、夫の精神的なサポートが出来た。

また、訪問介護は複数のヘルパーが関わるため、ヘルパーへ統一した意識を持ってもらう為に、密な連絡を心がけた。日々変わる本人の状態をヘルパー同士で共有出来、本人や家族にとって安定したサービスの提供が出来た。

訪問看護師とは、ケアに同行し、連携を取って、医療の視点から予測される内容を教えてもらう事が出来た。

## 7. 全体評価

本人・家族にとって、退院は一時的なものという意識であり、末期癌の宣告を受けていなかった。主治医の指示書には末期癌の記載があり、退院2日目に往診医の初診時、在宅での看取りを夫が決めた事で、家族もサービス事業所も死を強く意識する事になった。

本人が今まで生きてきた中で、家族を大切にし、家族に大切にされ、フラダンスの仲間たちから愛されていた事がよく分かる終末の期間だった。サービス提供当初から、家の中では常にハワイアンミュージックが流れていたのが印象的だった。本人の為に流されていた音楽に、私たちもリラックスし、救われた。

お別れ会では、母親を含めフラダンスの仲間たちが祭壇に向かってフラダンスを踊った。夫が本人の好きな事を本当に理解し、同じ気持ちで人生を共にしてきたのだと感じた。

## IV. 考察

### 〈看取りの場〉

看取りの場は、医療機関、施設、自宅に大別できる。2018年の時点での死亡場所別の死亡割合は、医療機関 73.7%、施設 10.6%、自宅 13.7%となっており、依然として病院などの医療機関での死亡が大多数を占めている。2015年の時点での死亡場所別の死亡割合は、医療機関 76.6%、施設 8.6%、自宅 12.7%であり、この3年間で医療機関での死亡数は2.9%



減少し、施設での死亡数は2%増加、自宅での死亡数は1%増加している。

2014年の介護保険法の改定により、市町村が中心となり地元の医師会等と連携する在宅医療・介護連携推進事業が制度化された。在宅の看取りについても、その促進の観点から介護報酬等において各種の加算（診療報酬や在宅ターミナルケア加算や看取り加算）が順次整備されてきている。

総死亡数が2017年間比で、2025年には約18.1万人、2040年には約33.8万人増加するとされ、地域医療構想における病床数の削減が見込まれる為、今後も施設や自宅での看取りは増加する。

今回の事例では、家族の不在時に訪問介護や訪問看護、訪問入浴、福祉用具等サービスを利用したことで、自宅での看取りが可能となった。人生の最期を本人の希望を最大限尊重した医療・ケアをいかに実践するかがこれからのテーマとなり、利用者の意思決定支援が超高齢社会において中心的役割となると考える。

#### 〈多職種との連携〉

看取りの場の多くが医療機関であったことを考えると、今まで在宅に関わる医療・介護の専門職であってもターミナル期・看取りを経験していない可能性が高い。超高齢社会は多死社会であり、重度の人々が地域に増え、その人々を各専門職が連携して支えていくことが不可欠となる。特に関わりを多く持つケアマネージャー、訪問看護とは、サービス提供開始期よりチームとしての情報、目標を共有する事が重要である。

今回の事例では、ターミナルケアにおける訪問看護との連携の取り方を学んだ。病状で観察すべきことや、予測される病状の変化などを尋ね、訪問看護師のケアに同行した事で、医療面の情報をヘルパーへ伝える事が出来たと考えられる。

#### おわりに

看取り介護は生活の延長線上にあり、人生を最期まで納得して生きていけるようにするためには、日常生活を支える介護職が重要な役割を持っている。また介護職は、本人の生活に密着しており、その生活の中の細かなこだわりを情報として持つ事が出来る。

衣食住について、気持ち良く過ごせているか、良い気持ちでいる為に工夫するところはなにかを、日常的に生活習慣に沿って考えるのが介護職の視点だと考えている。

今回の事例のI氏は30代から大きな病気をし、ずっと病気と隣り合わせで生きてきた。小さな子どもを育てながら何度死を意識しただろう、と考える。もしも、自分がこの人ならば、と自分を置き換えて考えてみないと寄り添うことは出来ない。この関わりを振り返り、経過を辿る事が専門職としての役割を確かなものにしていくと考える。

## 謝辞

この事例をまとめるにあたり、I氏とI氏の家族に心より感謝申し上げます。訪問介護という仕事を通して関わる私たち一人ひとりが、人として磨かれていく大切さを学ぶことができました。この事例関係者との出逢い、看取り介護を通しての気づき・学びができたことに深く感謝致します。

北九州ヘルスケアサービス株式会社に感謝申し上げます。日頃より、多くの刺激と示唆を得る事ができ、学ぶ意欲を高める事が出来るのは、職場のお陰です。感謝の意を表します。

本事例を作成するにあたり、初めての事例作成で不慣れな点も多くありましたが、自主性を尊重しながら、細部にわたりご指導頂きました福岡県介護福祉士会に感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

## 参考資料

・国会国立図書館 超高齢社会における終末期の医療と介護  
株式会社 富士通総研

「在宅医療・介護連携の推進に際しての地域の看取りの状況について」

『在宅終末期ケアにおける介護専門職と訪問看護師との連携』