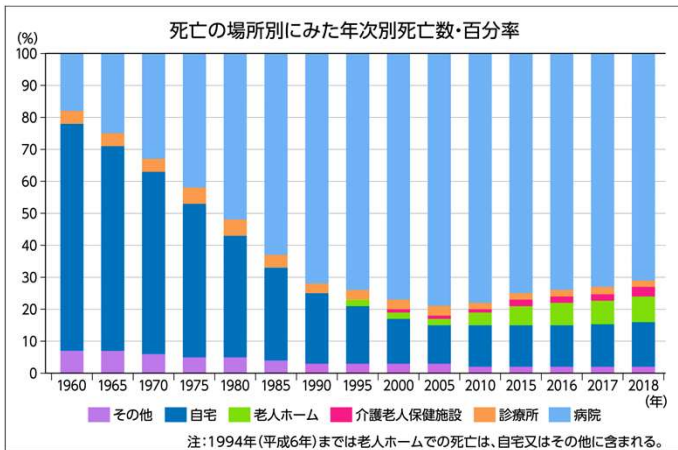


「最期まで自分らしく生きる」を支える看護

団塊の世代が後期高齢者となり、高齢化率が30%を超える2025年まで、あと4年となりました。国は医療や介護保険制度の改正・報酬改定による給付の抑制、年金受給開始年齢の選択の繰り上げなど、全国一律の仕組みだけでは2025年を乗り切ることが困難なことから、市町村が率先して地域特性に応じて作り上げていく「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。従来の急性期疾患を対象にした救命・延命・治癒・社会復帰を目的とした「病院完結型」医療から、慢性期疾患の多い高齢者を地域全体で治し支える「地域完結型」医療への転換が求められています。

多死社会を迎えるにあたり、2018年に厚労省は「終末期におけるガイドライン」を、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改訂しました。延命措置を受けるか否か、どのような最期を望むかだけでなく、最期を迎えるまでどう過ごすかということが、このガイドラインの改訂で推進していることなのではないでしょうか。



参考：政府統計の総合窓口「人口動態調査 | 人口動態統計 確定数 死亡 年次 2018年」

「死に方」は「生き方」のその先にあるものであり、「最期まで自分らしく生きる」、そのためのAD（アドバンス・ディレクティブ）に基づくACP（アドバンス・ケア・プランニング）が重要となります。生き方にも符号する、「どこで最期まで過ごすか」という点において、2018年の時点で、病院以外の場所で最期を迎えた方は30%未満にすぎません。「自宅で最期まで療養したい」と回答した人の割合は1割であり、6割以上の国民が最期まで自宅で過ごすのは困難と考えるようです。そのほとんどが、「介護する家族に負担をかけること」を理由に挙げており、家族へ負担をかけることは悪いことだと思っ、自分の本当の思いを伝えられなかったり、「医療や介護体制への不安」があるようです。

私たち訪問看護師は、在宅療養を続けていく中で、気持ちが揺らいだり、不安を感じたり、そんな本人や家族の思いを支えつつ、看取することを前提ではなく、「最期までそのひとらしく生きる」を支えたいと考えています。コロナ禍では特に、病院での面会制限は、本人も家族も寂しい最期になってしまいます。

私自身もこのコロナ禍で、1年間闘病した父が病院で最期を迎えるとき、「面会は1人のみ」「週1回15分」といった制限の中、寂しい思いをしました。だからこそ、本人も、残された家族にとっても悔いなく過ごしてほしいという思いがあります。最期まで住み慣れた家で、そのひとらしく過ごすことは、きっと家族にとってもグリーフケアにつながるのではないかと考えています。（文責：管理者 相澤円）

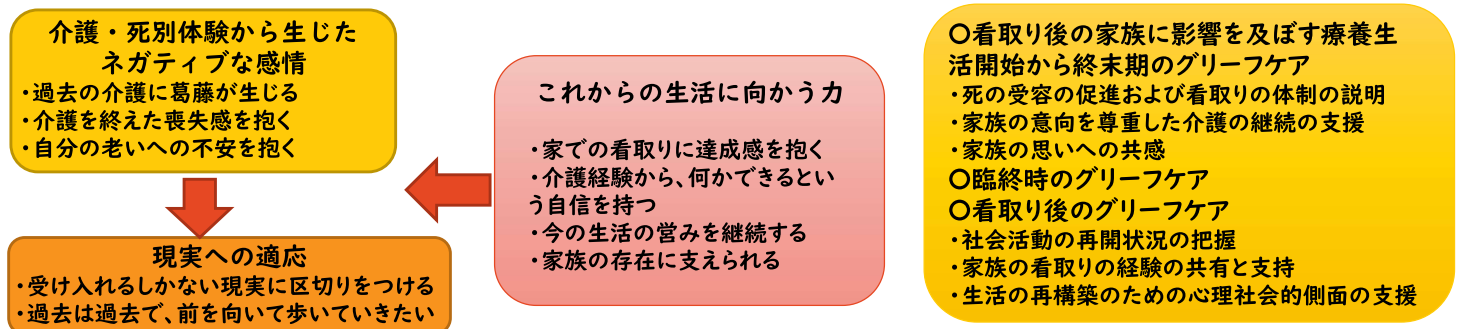
訪問看護ステーションソレイユは、ほなみ医療福祉グループの組織理念である「Creating Value for Life～人生の価値を創造する」をもとに、「ここでしかないオンリーワンの全人的アプローチによるその人に合った看護を創造する」を事業所理念としています。

人は生きてきた家庭環境や、出会う人々、社会環境など、様々な環境によって人格形成をなします。「病气」そのものだけを見るのではなく、様々な環境の中で影響を受け、病気をかかえた「そのひと」として見ていくことが看護の視点では重要となってきます。看護師の価値観を押し付けず、「そのひと」の想いに寄り添い、今後の未来と一緒に創造していく、その人にしかない、私たちにしかできない、そんなオンリーワンの看護を提供し、ともに成長していくことを示しています。

事例報告

事例	自宅で看取った家族介護者の悲嘆に対するケア内容の検討
利用者及び家族の状況	利用者：A氏 57歳 男性 アルコール性肝硬変、肝細胞がん、非代償性肝硬変、肝性脳症、食道がん 家族構成：妻と二人暮らし
訪問看護依頼までの経過	肝細胞がんに対しRFA計2回、TACE計6回、分子標的治療を行うが肝細胞がん多発。門脈浸潤あり。肝性脳症によりアミノレバン点滴中。退院後も継続が必要であり、Tクリニックへ紹介となる。
訪問看護開始後の経過	退院に伴い、親類の通院するTクリニックへの通院を希望される。クリニックより訪問看護の依頼有り新規面談。本人は点滴への通院は自分で行きたいという思いがあるが、2階の居室から階段を下りるのも困難な状態。電動車椅子や階段昇降機などもすぐには設置できないため、体制が整うまでは訪問看護にて点滴を行うことで納得された。A氏は全身黄疸と浮腫が著明である。腹水貯留あり、入院中に定期的に腹水穿刺していた。これらのことによりターミナルの状態であると医師は判断した。入院中に予後告知はなかったが、退院前に在宅支援チームと妻とのカンファレンスにて、妻は自宅での看取りを希望された。妻は仕事をしていたため、できるだけA氏が一人になる時間が少ないように、看護師や介護士の訪問を調整、点滴の実施と妻への介護の仕方の指導を行った。A氏の言動が不明瞭となり、肝性脳症によるせん妄が強くなってからは目が離せなくなり、妻は休職し介護にあたった。妻は、A氏の介護にあたり腰痛が出現したり、不明瞭な発言や行動に不安を覚え、「もう自宅では無理です」と仰ったため、支援者で集まって再度話し合いを行った。妻の思いを尊重するのであれば入院を選択せざるを得ない状況となったが、訪問医より「最後まで頑張りなさい、それが夫が亡くなった後にあなたの力になりますから」と励まされ、在宅療養を続けた。訪問看護も点滴以外での訪問を増やし、妻の負担が強くなりすぎないように身体的・精神的な支援を行った。
結果	訪問開始から2週間後の深夜、ベッドから落ちたと妻より連絡あり、緊急訪問。妻は、本人を抱きかかえて「ベッドから落ちてこんな状態で亡くなってしまった」「かわいそう」と号泣されている。ベッドから転落した状態で、妻に抱かれながら最期を迎えられた。妻に「奥様に抱かれて最期を迎えられる方はなかなかいないですよ」と労った。葬儀の前に挨拶に行くと「これで良かったのかな」と妻は自分に言い聞かせるように話をされていた。
事例から学んだこと	死別後、妻は「こんな状態で死んでしまっても可哀そう」と焦燥感や自責感に駆られており、悔いが残っているように見えた。その後、お会いする機会がなかったが、数年後、「知人にこの先生と訪問看護師さんが良いと聞いたのでお願いしたい」と同じくがん末期の母親の看取りの依頼があり、この妻からの紹介であることが分かった。死別後の定期的な訪問によるグリーフケアは行っていないのが現状にあり、その時に、妻は夫を自宅で看取れたことを肯定的に捉えることができていたのだと知り安堵した。死別を経験した多くの人にとって、悲嘆は正常な反応であるが、悲嘆プロセスが複雑化し、トラウマ、病的悲嘆に及ぶことがある。ターミナルケアとは、看取るための看護ではなく、その人（と家族）が、死に至る「生」のプロセスを、自分らしく（家族らしく）、より良く生きることを支える看護であると考えている。また、グリーフケアは、死別後だけではなく、生前の利用者のケアを行う時期から始まる。かけがえのない1日1日を精一杯生きられるよう、家族がかかわりを持てるように支援することが、結果として安らかな看取りにつながり、グリーフケアにもなることが分かった事例であった。

自宅で看取った家族介護者の死別後の適応プロセス



24時間365日対応 土曜・日曜・祝日も相談可能

サービス提供地域：此花区・西淀川区・福島区・港区

医療保険・介護保険・各種公費で訪問看護をご利用出来ます。お気軽にお問合せください。

訪問看護ステーションソレイユ ☎06-6462-7208