

ターミナルケースへの 支援を振り返る



スーパーヴァイザー・奥川幸子氏を招いて開かれた事例検討会の模様を紹介します。(検討会及び事例の内容は、誌面の都合及びプライバシー保護の観点から、全体の趣旨に差し支えない範囲で変更させていただきました)

●事例提出者

Yさん (在宅介護支援センター・社会福祉士)

●事例の概要

クライアント：W氏・86歳・男性

既往歴：糖尿病、心臓弁膜症、アルコール依存症（50歳頃～70歳頃まで精神科への入退院を十数回繰り返す）、外傷による硬膜下血腫（70歳頃）

ADL：（平成13年12月時点）

移動：掴まり歩き、食事：自立

排泄：一部介助、更衣：一部介助

清潔：自立、要介護2

聴力：かなり低下している

家族構成：妻（81歳、要支援：訪問介護による家事援助を利用）と2人暮らし。一人娘（52歳）が町内居住。

収入：軍人恩給、国民年金、厚生年金＝月10万円程度。

●生活歴

大正5年、隣県にて8人きょうだいの次男として出生。戦時中は南方に出征。終戦後、現在の土地へ移住。結婚後、農業を営むが、南方でかかったマラリアの後遺症のため思うように身体が動かず、主に妻が働く。本人はビルの守衛の仕事を得、娘も誕生する。その頃から徐々に

飲酒量が増え、50歳頃からは1年のうち数カ月
はアルコール依存により入院するようになる。
70歳頃から飲酒量は減って、80歳頃までは妻と
二人で農業を行う。

平成12年秋頃から糖尿病が悪化し、腰痛が強
くなる。周囲から入院をすすめられても拒否し
ていたが、平成13年7月、腰痛に耐えられず入
院。ADLが低下し、要介護状態となる。介護
力は決して十分とはいえなかったが、本人の強
い希望により在宅生活を送ることとなった。同
年12月8日に退院するも、翌1月11日に心不全
の疑いで再入院。完治しないまま、本人の強い
希望で同月28日に退院。2月8日、家族や親戚
に囲まれ、自宅にて永眠。

●援助経過

平成12年10月6日

近所の民生委員より、「腰痛があり、外出もま
まならない人がいる」との情報が寄せられる。
訪問すると、本人は不在。妻の話によれば、更
衣は自分でできるが、時々尿失禁があり、ズボ
ンを濡らしていることがあるとのこと。

11月5日

民生委員より「血糖値が高く、主治医から入
院をすすめられたが、本人が拒否している」と
の連絡があり、自宅訪問。本人の意向を聞くと
「1週間くらいお菓子を食べずにいる。それで
もよくならなかつたら入院する」とのこと。妻
の話では、「菓子を食べ始めると、際限なく食べ

る。一袋食べないと気が済まない」とのこと。

行政の訪問指導員による栄養指導を紹介。

11月20日

自分なりに菓子を食べないようにしているよ
うだが、代わりに菓子パンや果物を食べてい
る。足腰の痛みもある模様。

主治医の話では「血糖値は食後2時間で393。
このままでは責任がもてないが、本人が入院し
たくないというので仕方ない」。

平成13年1月18日

訪問指導員による栄養指導。

3月1日

主治医より「先日検査をしたが、血糖値はま
ったく改善されていない」とのこと。

行政保健師と相談——本人なりに努力はして
いるが、高齢でもあり実行力が不足しており仕
方がないのではないか。本人が入院を拒否し、
在宅でと強く望むなら、このまま見守ってい
かない。

7月7日

3日前に転倒したこともあり、「腰痛が痛くて
耐えられない」と長女に付き添われて入院。

7月18日

病院へ見舞いに行く。インスリン注射4回/
日となっている。腰痛は軽減した模様。まだベ
ッド上の生活だが、食事は自立している。排泄
はポータブルトイレ介助。ベッド上での動きを
見ると、確実によくなっている。病棟師長に状
況を伺い、インスリンの自己注射の指導は無理
だろうか、服薬調整で注射の回数を減らすこと

はできないだろうか、できるだけベッドサイドで排泄が自立できるよう尿器を利用してもらえないか、と依頼。本人は耳も遠く、発音もわかりづらいが、理解力はあると伝える。

8月12日

入院先にて、主治医からの病状説明に同席する。①血糖値は落ち着いてきた→退院に向け、飲み薬に変える。②動脈に詰まりがあり、脳梗塞を起こす恐れがある（いつ、どうなってもおかしくない）。③心臓弁膜症がある。体調が変化するとゼーゼーというが、今のところ比較的落ち着いている。入院期間をしばらく延長してもらうことになる。

11月15日

妻より「先日、試験外泊をした。夜間もよく眠り、これくらいなら家で看てもいいかな、と思った。介護保険でどれくらいのサービスが使えるのか教えてほしい」との申し出がある。訪問看護、通所リハ、訪問介護等の説明をする。病院へ問い合わせると、インスリン注射は服薬に変更になっている。

11月25日

サービス担当者会議。関係機関と家族の情報の共有化を図り、在宅復帰後のサービス内容について確認する。出席者：病棟師長、デイケアスタッフ、訪問看護師、妻、長女、ケアマネジャー。通所リハ：週3回、訪問看護：週1回、福祉用具レンタル・ベッドの利用で合意する。

12月4日

退院。

12月14日

退院10日経過後のモニタリング。

通所リハ：嫌がらずに通っており、病院より楽しいとのこと。下肢筋力もアップしてきた。訪問看護：服薬状況確認、皮膚湿疹についての観察。福祉用具：安楽で生活しやすいとのこと。妻より「おやつを沢山食べる。一人で外に出るのが少し心配」。

平成14年1月10日

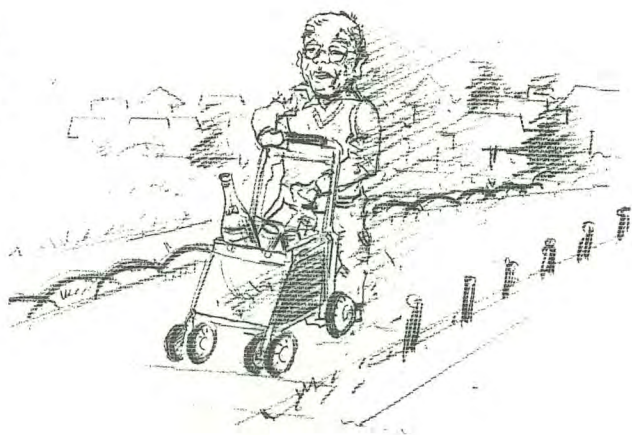
自宅へモニタリング訪問。妻より「また焼酎を飲むようになった。私が隠すと、シルバーカーを押して近所の人に頼みに行ったり、自分で買いに行ったりしている。知らない間に飲み始めていて、年明け最初のデイケアは行けなかった」とのこと。昨日来た訪問看護師は「仕方ない」と言っていたとのこと。

1月11日

訪問看護師より「1月9日訪問時に体重増加とむくみがあり、心不全の疑いで今日入院した」との連絡が入る。

1月18日

自宅へ様子伺いの電話。長女がでる。「肺にた



まった水をとる薬を飲むと興奮状態となる。近々退院してもよいと言われている」とのこと。

1月23日

長女より、25日に退院となったと連絡。

1月25日

退院。自宅へ訪問。妻がおむつ交換と着替えをしている。尿意・便意がなく、動きもままならないため、妻の介護負担が大きくなっている。

1月28日

「デイケアでの入浴の可否について訪問看護師に連絡。「先生は構わないということでした」との返事。その旨デイケアに連絡する。

2月2日

長女が来所。「昨日、満足に歩けないのにシルバーカーを押して近所の知人宅に外出した。母が心配して電動カーでついていったが、帰りは歩けなくなり、父が電動カーで帰った。ところが、母が木戸口で転倒してしまった。母の痛みがとれるまでの間、ショートステイ等が使えないか」とのこと。近隣の施設に連絡を入れるが、どこも満床で急な利用は無理とのこと。長女に、代案としてデイケアを毎日利用とし、朝と夕方のおむつ交換等をヘルパーに依頼するという方法ではどうかと提案。了解を得る。

2月5日

デイケア職員より、本人がどうしても今日はデイに行かないと言っているとの連絡あり。利用中止となる。午後訪問し、本人に「デイケアに行かないと奥様も倒れて共倒れになってしまう。毎日の利用が大変なら、週3日でも行ってほしい」と頼む。本人、了承される。妻の話に

よれば、本人の食欲が低下しているとのこと。

2月6日

ヘルパーより、興奮状態になり拳を振り回すため、おむつ交換や更衣ができないとの連絡があり、急遽訪問する。目をむいて拳を振り、帰れと合図される。まったく説得できず。無理をせず、様子を見る。長女より「往診の先生から、喘鳴が強く、血圧測定できず、脈も微弱。いつ急変するかわからない。入院を希望するならば、責任をもって紹介すると言われた。だが、本人は入院を嫌がると思うので、自宅で看ようと思う」との話がある。妻の介護疲れや不安が心配だと伝えると、「夜間は私が泊まります。日中の支援をお願いします」とのこと。

2月8日

ヘルパーより、「痰がらみがひどい」と連絡あり。「肺の機能が落ちているので、どうしても痰がらみはあると思う。もうすぐ看護師が着きます」と伝える。訪問看護師が訪問したところ容態が急変し、家族や親戚、知人に見守られ、眠るように永眠された。

●考察

在宅で生活していても、最後は病院で迎える方がほとんどであるが、入院したくないというご本人の強い気持ちと、「自宅で見送ろう」と決意された長女と妻の決断により、在宅での看取りができた。ご本人はもとより、ご家族にとっても満足のいく看取りになったのではないかと思います。

とはいえ、自分の支援を振り返ると、特に医療情報の収集不足等から、ご本人の心身ともにきつかったであろう時期をキャッチできず、介

護者にも余計な負担をかけたのではないかと申し訳ない思いがある。

ケース検討会

奥川 今、Yさんのなかで一番引っかかっているのはどんな点ですか。

Yさん 2度目の退院の後、奥さんが体調を崩してしまってから、ご本人にデイケアに行くことをしきりにすすめてしまったことです。

奥川 どんなふう引っかかっていますか？

Yさん 今から思えば、亡くなるぎりぎりの時期でしたので、ご本人は体調的にも本当に辛かったと思うのですが、私は奥さんの負担のことばかり考えて、ご本人の辛さに気づけず、デイに行くことをすすめていました。

奥川 ご本人に負担をかけてしまったと思っているんですね。

Yさん はい……。申し訳ないという思いがあります。

奥川 奥さんと娘さんは、ご本人の最期についてどのように感じていらっしゃいますか？

Yさん ご本人の希望をかなえて最後までご自宅で過ごさせてあげられたという思いがあるようで、お二人は満足しておられました。

奥川 その点はよかったですね。

Yさん はい。とてもよかったですと思います。

奥川 では、今日のYさんの課題は、なぜ最後の時期にご本人にデイケアを強くすすめてしま

ったのか、どうすればよりよい援助となったのかを考えていくということによろしいですか。

Yさん はい、よろしく願います。

生活史から人物像を探る

奥川 では、まずこのクライアントが置かれていた状況をより詳しくアセスメントするための情報を、Yさんから引き出してみてください。

発言 生活歴についてお聞きします。現在のお住まいへは戦争から帰ってきた後に移住してこられたということですが、出征前はどこで、どんな仕事をしていらしたんですか。

Yさん 出征前は隣県の実家で家業の農業をしていたそうです。

発言 結婚されたのはいつですか？

Yさん 戦争から帰ってきた後です。

発言 その後、アルコール依存になり、70歳までに十数回入退院を繰り返しているということですが、よくこの年齢までもちこたえたなと感心しました。何か理由があるのでしょうか。

Yさん アルコール依存といっても、暴力的になったりすることはなかったそうです。飲み続けの日が続くと身体がだるくなって、奥さんに「だるい、だるい」と訴えるそうなんです。そ

ここで、奥さんが「じゃあ、病院に行ったほうがいいでしょう」と言うと、素直に入院していたそうです。

発言 70歳以降は飲酒量も減っているようですが、本当にアルコール依存症だったかどうかはわからないと思うのですが。

奥川 若い頃に戦争で身体を痛めつけられていますから、体力はなかったのでしょう。だから、身体のほうが先にSOSを出して、アルコール依存にまでなれなかったのかもしれないね。

発言 70歳頃に外傷による硬膜下血腫で手術を受けたということですが、外傷の原因や入院期間はご存知ですか。

Yさん すみません。原因については聞いていません。入院期間は1年ぐらいだったということです。この後、飲酒量が減ったようです。



情報サポートの条件

発言 平成12年11月20日のところで、菓子は食べないようにしているけれど、代わりに菓子パンや果物を食べていて、その後、訪問指導員による栄養指導があったということですが、これについては守られていたのですか？

Yさん その場ではうんうん頷いて聞いているのですが、実際には守っていなかったと思います。検査結果も変化ありませんでした。

奥川 その後、血糖値の数値に変化がないことを受けて保健師と協議していますが、この時の様子を教えていただけますか。

Yさん 保健師さんからは、ご本人に「このまま放っておくと大変なことになってしまいますよ。入院して治療しませんか？」とお話しているのですが、ご本人は頑として入院を拒否されるので、しょうがない、打つ手がないという感じになりました。

奥川 そういう話をする時に、栄養指導員や保健師は、どのくらいご本人のこれまでの生き方や考え方をご存知でしたか？

Yさん う〜ん、正直、それほどご存知ではなかったと思います。

奥川 では、ご本人がこれから先、どのように過ごして、どんなふうになりたいかということは確認していましたか？

Yさん そこまではきちんと聞いていなかったと思います。「このままだと、倒れてしまいますよ」という感じでしょうか。

奥川 クライアントの動機づけをきちんとしないで「ああしろ、こうしろ、こうしないと倒れるぞ」では、情報サポートとはいえません。言われたほうからすれば、脅し文句にしか聞こえません。そういう話をする時には、まず相手が置かれている状況をきちんと理解しなければなりません。この方は、今84歳で、若い頃にマラリアに罹り、アルコールの飲み過ぎで十数回も

入退院を繰り返した。70歳頃に硬膜下血腫をやってお酒は減ったけど、80歳過ぎたら糖尿病になって、体力もどんどん落ちてきて、心臓も調子が悪くなっている。こういう方が今日の前にいるのだということ、そして相手のリアリティに沿って物事を感じようと努めることが大切なんです。

Yさん はい。

奥川 そう考えると、指導の前に、まず何が必要ですか？

Yさん ご本人の生き方を理解した上で、これからどのように生きていきたいかを確認する。

奥川 そうですね。その時は、どんな生活を送りたいのかという、質（クオリティ）の点まで確認することが大切です。

発言 その時に、ご本人が「こうしたい」とおっしゃることが、無茶な希望だったりする場合は、どう考えればいいのでしょうか。

奥川 大事な点です。そこで重要になるのが、自己決定についての考え方です。ご本人が「こうしたい」と言うことを、そのまま真に受けるのが自己決定ではありません。まずは、ご本人に自己決定能力があるかどうかを確認することが必要です。この方の場合、どうでしたか？

Yさん 自己決定能力はあったと思います。

奥川 自己決定能力があれば、次は選択のための材料を渡すことです。「こうしたら、こうなってしまいますよ」と追いつめるのではなく、相手の置かれている状況に則したいいくつかの選択肢を、それぞれを選んだ場合の見通しについての予測も一緒に、わかりやすく伝えることが大

切です。これだけの条件がそろって初めて、専門職による情報サポートといえるのです。

Yさん はい。頭の中が整理できました。

奥川 今、Yさんはご本人に自己決定能力はあったとおっしゃいましたが、入院後の7月18日の援助などは、ベッド上でのご本人の動きと理解力をきちんと踏まえて、病棟師長にインスリン注射の指導や排泄の自立に向けた進言をされていて、とても素敵な援助だと思いますよ。

Yさん ありがとうございます。

医療職とのコミュニケーション

奥川 その後、8月12日にドクターからの説明の席に同席されていますが、この時点で「いつ、どうなってもおかしくない」という話があったんですね。

Yさん はい。

奥川 医師は検査した上で説明しているんですよね。

Yさん はい。検査はしていました。

奥川 ということは、この時点ですでに非常にリスクが高い状態だったということですね。

Yさん はい——。今考えると、私自身はこの時点では、まだそこまで深刻な状態だと受け取ってはいなかった気がします。

奥川 ひとつ、大事な点に気づきましたね。その後、ご本人の強い希望もあり12月に退院をしています。細かいところでは問題はあるものの、一応年内は順調にっていましたね。

Yさん はい。

奥川 ところが、年が明けると状態が変化して

います。1月10日の状況について説明していただけますか。

Yさん それまでも少しは飲んでいたようですが、お正月ということもあって、焼酎を飲む量が増えたようなのです。奥さんが隠しても、近所の人に頼みに行ったり、自分で買いに行ったりして。この頃には、だんだん理解力も低下している感じがうかがえました。

奥川 1月10日の訪問看護師の「仕方がない」という言葉は、どういう意味ですか？

Yさん もう飲ませないようにするのは難しい、という意味だと思います。

奥川 看護師は、「いつ、どうなってもおかしくない」というご本人の状況をよく知っているんですね。

Yさん はい、知っています。

奥川 だとしたら、この「仕方がない」の言葉の奥に何があったかということです。もし“もう何を言っても本人は聞かないし、84歳でこれだけいろんな病気があるんだから、あとは好きにさせてあげたらいいんじゃない”という意味

で言っていたとしたら、これは援助者の価値観の押しつけなんです。クライアントの命に対して失礼な話です。Yさんは、この言葉をどう理解しましたか？

Yさん 何となく簡単に受け止めてしまったような気がします。

奥川 もう一つの側面は、訪問看護師は体重増加とむくみの状態を見ているわけですから、もう入院も時間の問題だなと思っているわけです。でも、その情報がYさんには伝わっていませんでした。Yさんは医療面の情報収集不足を反省していらっしやいましたが、むしろ専門職種間のディスコミュニケーションといったほうが正確かもしれませんね。

Yさん なるほど……。

奥川 医療職とのコミュニケーション不足は、最後の退院時にも起きています。1月11日から25日まで約2週間の入院でしたが、この退院にはどんな意味があったか聞いていましたか。

Yさん いえ、聞いていません。ご本人が興奮して治療を拒否する状況があったらしい、という話くらいで。

奥川 退院後は入院前と比べて、大きく状況が変化していますね。

Yさん はい。見るからに状態が落ちました。

奥川 1月28日にYさんは訪問看護師にデイの入浴について問い合わせしていますが、これはどうしてですか？

Yさん デイケアの看護師さんから、「お風呂に入れても大丈夫なんでしょうか？」と電話があったので――。



奥川 それで、訪問看護師からは「ドクターが入浴は構わないと言っている」と返事があったわけですね。

Yさん そうです。

奥川 その時、あれ？ って引っかかりませんでしたか。この方はゼーゼー言って、ものすごく重症に見える状態ですよ、きっと。

Yさん 先生がOKを出したのならいいのかな、と思ってしまいました。

奥川 きっと、デイケアやヘルパーの立場だったら、すごく怖いと思いますよ。“入浴中に亡くなったらどうしよう”と思うじゃないですか。だからこそ、Yさんに問い合わせてきたのでしょう。おそらく、ドクターのほうは、“いつ、どうなってもおかしくない”と思っていますから、それなら少しでも気持ちいいほうがいだろうという考えからOKを出したのでしょう。でも、この方が抱えているリスクをYさんやサービス提供側には伝えていませんね。

Yさん チーム内で医療情報が共有されていなかった——。

奥川 そうです。経験を積みば多少は補えますが、医療職じゃない人間に、医療のことをわかれといっても無理です。だからこそ、医療職がいるわけですから。Yさんは自分の医療面のチェックが甘かったと反省していらっしゃいましたが、Yさんだけの問題ではないんです。

Yさん はい。

ケースの位置づけ

奥川 ただ、これから先、同様のことで後悔し

ないためには、どうすればいいと思いますか？

Yさん 入浴のことなど疑問をもった時に、きちんと主治医や看護師に確認をする——。

奥川 そうですね。その前に、疑問をもつためには、たとえばこのケースでは、最後の退院時にターミナルのケースなんだということを理解していなければいけませんね。

Yさん たしかに……。正直、退院した当時はターミナルという意識はありませんでした。

奥川 もし、ターミナルと位置づけできていれば、デイケアに毎日行くようすすめましたか？

Yさん (ハッとしたように) あ——。

奥川 私は医師や看護師も不親切だと思います。ただ、ケアマネとしても、このクライアントはどのような段階にあるケースなのかを見極めることが大切です。その時に医療面での確認事項があれば、しつこく聞くことです。医療職に質問することに抵抗はありますか？

Yさん いえ、大丈夫です。

奥川 じゃあ、できますね。今日の課題はとけましたか？

Yさん はい、最後の退院時にターミナルのケースだと自分のなかできちんと位置づけられていれば、ご本人の辛さにも心を配ることができたでしょうし、通所ではなく訪問系のサービスを入れる方向で考えられたと思います。また、医療職にきちんと確認をとって、医療情報をチーム内でしっかり共有するべきでした。Wさんに学ばせていただいたことを、これからの仕事にしっかりと活かしていきたいと思います。今日はありがとうございました。