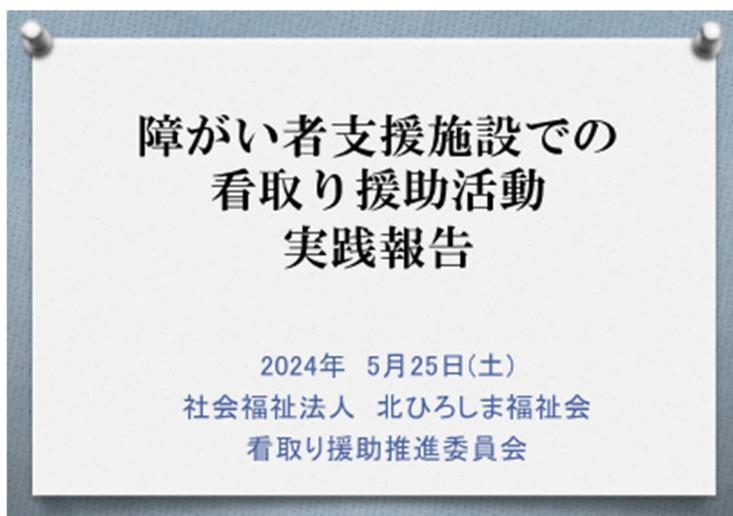


2024 年度北海道知的障がい家族会連合会<研修会の記録>

==研修その 2==



(※ご家族の同意のもと、実名で報告させていただいています)

【チャプター1】 令和4年2月(共栄 訪問医療)

共栄で**最期まで生ききることを選択**された初めての実践ケース

対象利用者紹介

土井 順子 様 享年 57 歳

入所年数~46年 美瑛町に生まれ、幼少期を過ごす

昭和 50 年 11 歳で富ヶ岡学園入所

令和元年 6 月 左乳房に癌が見つかる

令和元年~3 年 抗がん剤治療/放射線治療

令和 3 年 6 月 骨転移、12 月 肝臓への転移



北海道がんセンターでの治療

- がんの完治を信じていた?
- 治療を継続することが最善の対応だと思っていた
- 病院へ行かない(治療しない)=悪いこと、施設の義務を果たしていないという認識があった
- 骨、肝臓への転移が認められ積極的な治療 を続けていくかどうかの判断を迫られる

ご本人、ご家族の決意

- ご本人はご自身の病状について正確に理解されていなかったものの、「入院したくない」「共栄で過ごしたい」という明確な意志表示があった
 - ご家族は“長く生活を営んできた、共栄で最期を迎えて欲しい”という意向があった
- 最期まで自分らしく生きる支援と共栄でお見送りする方針を掲げた**

職員の迷いと覚悟

- 初めての経験であり、現場の職員が共栄で 最期を迎えるということがイメージ出来ていなかった
- 「怖い」「自分の時に亡くなってしまったらどうしよう」という漠然とした不安
- 土井様とご家族の思いに応えたいという気持ちは共通して職員が強く持っていたため、迷いながらもケースカンファレンスを重ねながら形づくっていった

医師との契約／訪問診療体制の整備



共栄で生ききる為に必要なサポーター

- ①在宅ケアを可能にするための医療体制。
ホームケアクリニック 主治医:藤原医師との 契約
※最期の診断をする。
- ②在宅ケアを可能にするための医療体制。
訪問看護ステーションとの契約

関係者を招集した担当者会議

共栄で生ききる方針と全体で今後予測されるケアの内容を共有

【参加者】支援員、栄養士、看護師、機能訓練士



個別支援計画の変更

土井順子様への想いを叶える／共栄で生ききるための作戦計画書!!

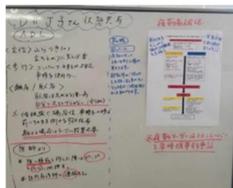
共栄は、職員全員で土井順子様への生涯のお手伝いと、安らかなお見送りをさせていただきます!!

環境整備／個に合わせた対応

離床センサー
心拍確認



緊急時フローチャート
ケア変更点の周知



自動体位交換エアベッド
(褥瘡防止)



痛み止め管理



やりたいことを実現～実家帰省～ 令和4年1月28日 亡くなる約2週間前



やりたいことを実現～温泉でビール～ 令和4年2月10日 亡くなる4日前



やりたいことを実現～お誕生日会～ 令和4年2月11日 亡くなる3日前



お見送り／お別れ会

- 令和4年2月14日利用者様や支援員に見守られながら最期を迎えられた
遠方のご家族ともオンラインで繋がり対面



共栄での看取り援助の広がり

- 土井様のケースを経験し、ケース重ねるごとに看取り援助の具体的なイメージを持つことができるようになった
- 死生観の違いによるジレンマ、支援の方向性に対する批判的な意見をどのように整理し、チームで取り組めるよう組織化していくかが課題

【CHAPTER-2】令和5年9月(共栄 訪問医療)

アルツハイマー型認知症による嚥下機能低下、人工的な栄養を摂り、生きていく人生と、住み慣れた場所で、大好きな仲間たちとの暮らしを大切に生きることについて、向き合い考え**本人の推定意思・家族の想いを形にすることに挑戦**した

対象利用者紹介

鈴木 司 様 享年 62 歳

入所年数～14年(とみがおかも含む) 北広島市に生まれ、幼少期を過ごす

平成元年 当法人通所事業所利用開始

平成 23 年 当法人入所施設利用開始

平成 29 年 アルツハイマー型認知症の可能性を指摘され、予防薬服用開始

令和 5 年 急激な身体機能低下、誤嚥性肺炎に 伴う嚥下機能低下、食事摂取不良、てんかん発作等の状態変化



病院での生活

- 急激な身体機能低下により入院
- もともと通院は好まない方であった
- ご家族の協力をいただきながらの入院生活
- 口からの栄養は 摂れない状態になっていた



病院と共栄どちらを選択するか

- 病院側から胃ろうなどの経管栄養(療養型施設の利用)の提案を受けた
=共栄に戻ったとしても口からの栄養はもちろん胃ろうなどの対応は出来ない
- 支援員の考え方にもさまざまな価値観があり価値観をそろえることが難しかった
- ご家族(実姉)とカンファレンスを重ね、悩まれながらも共栄での生活を選択された

やりたいことを実現



お見送り/お別れ会

- 令和5年9月28日ご家族(実姉)と支援員に見守られながら最後を迎えられた



【CHAPTER3】 令和5年12月(共栄 訪問医療)

病気の進行が分からず、咽喉の痛みを訴えながらも、病院よりも仲間のいる共栄で過ごすことを望み、**最期まで自分の趣味を謳歌**された

対象利用者紹介

柳谷 政興 様 享年 62 歳

入所年数~55 年 札幌市・当別町にて幼少期を過ごす

昭和 43 年 入所利用開始

令和 5 年夏頃から食欲減退、声がれ、喉の痛みの症状があるものの
原因が特定されず、検査を重ねた結果上咽頭がんが判明



ご本人の意向確認の難しさ

- 病気の発見が難しく、進行が早かった
- ご家族との連絡は可能であったものの、遠方でありご本人との交流は限られていた
- 入院生活と共栄での生活を継続することをご本人が理解した上で選択されることの難しさ

再び!南徳州会病院 ホームケアクリニックとの連携

- がんの末期における痛みを和らげることを目的としてフォローを受けながら共栄での生活を継続された



やりたいことを実現



お見送り／お別れ会

- 令和5年12月29日利用者様や支援員に見守られながら最後を迎えられた



【チャプター4】 令和6年3月(共栄 配置医師)

若年性アルツハイマー型認知症から全身の機能が低下してからも、共栄での暮らしを楽しみ続けながら、**本人の推定意思、両親の生前の想い、姉妹の想いに寄り添い、家族との時間も大事にしてサポート**してきた

対象利用者紹介

西村 理恵子 様 入所年数～12年
札幌市南区・北広島市で幼少期を過ごす
高校卒業後一般就労を経験
平成24年49歳で共栄へ入所
若年性アルツハイマー型認知症の診断
徐々に身体機能の低下が見られ、誤嚥性肺炎や最重度無呼吸症候群等の診断を受けた。



残された時間について考え始めてから

- ・ 訪問診療の医師から、「余命」について話を受けてから大病を患うことなく、徐々に全身の機能が低下していった
- ・ 亡くなる3ヶ月前頃より嚥下機能の著しい低下が見られた

食べることをどう支えるか

- ・ 誤嚥性肺炎や嚥下機能の低下によりいつまで食べてもらうかという判断を迫られた時に…
- ・ 胃ろうという選択肢への迷い
- ・ ご家族がご本人の思いを代弁
- ・ 「食べることを出来るだけ長く楽しみたい」というご本人とご家族の意向に何とか応えたい

ADL 計画書の作成

【食事】

①食形態：**(粥ゼリー、汁ゼリー、主・副菜ゼリー)**

- ・ 水分：ゼリー(ゼリーにできない物はトロミ)
- ・ 使用するもの：**ピンクシリコンスプーン、口腔ケア用品(歯ブラシ、口腔ケアシート、口腔ケアスポンジ、コップ)、タオル3枚(胸元用、枕用、右肩褥瘡用)、介助丸椅子、テーブル、ティッシュ**
- ・ 所要時間：食前はベッド上で待機、肩回りのマッサージを終え車椅子乗車し、口腔ケア(食事開始前にシート、スポンジ使用)を終えてから20分間を目安に食事を行う。

②介助内容：**食事前の肩周りのマッサージが有効である。**

- ・ 介助者の視線がご本人よりも上にならないように丸椅子に座り、表情、口内が見えるように左右介助しやすい方にポジションをおく。
- ・ ご本人は車椅子乗車し、**ティルトを肘掛けの側面テープが床と水平になるように傾ける。**
- ・ **リクライニングは肘掛けのテープ基本ラインに合わせる。**
- ・ **飲み込みが悪いときは奥のラインに合わせ、リクライニングを行う。**
- ・ 頭部にタオルをはさみ、顎を引いた姿勢をつくる。または介助者の腕を頭部から肩に回し同じ姿勢をつくる。
- ・ 一口はスプーン半分よりも少なくする。
- ・ スプーンは平行に入れ、平行にして引く。また、スプーンを入れ、ご本人がスプーンが口内に入ったことを認識するまですぐに抜かない。

多職種連携



共栄で最期を迎えたい

- ご本人の状態はすでに職員側で意思を確認することが難しい状態になっていたため、ご家族との相談を重ねた
- 訪問診療医を交えてカンファレンスを行い、看取り援助の同意を交わし、配置医に切り替わってから初めての看取りのケースとなった

ご家族と一緒に



ご家族との思い出を共有



ご家族との思い出を共有



お見送り／お別れ会

- 令和5年3月25日 ご家族(実姉)と支援員に見守られながら最期を迎えられた



最期の場所はどこであれ、それまでの過程の中でどれだけご本人・家族の意思とか希望を大事にできるかが大切と感じます。

長くご利用されている方がほとんどなので、施設を我が家のように思ってくれている方が多いと私たちは今、感じております。

【チャプター5】とみがおか看取り援助活動

本人の意思決定の追求だけでは分からないことが沢山!!

家族との関わりの中で気付かされた課題とこれからについて

とみがおかで最期の時を迎えられた方がおります。

その方は末期がんと診断されましたが、判明したときには治療のすべがなく、医師からは緩和ケアの治療を勧められました。

コロナ禍ということもあり療養先がなかなか見つからない状況でした。

そんな中、施設長からご家族へ、「本人・家族の意思として、長年過ごした場所である“とみがおか”も選択肢としてあるならば、施設での看取りが考えられる」と提案があり、施設での看取りに至りました。

短い看取りの期間ではありましたが、「元気なときには食べたいものを好きなだけ食べ、好きな場所で好きなときに好きなことをできる」ということを選択しながら、日々を大切に過ごしていただくよう支援させていただきました。

また、とみがおかで支援するうえで大切にしているのが、「エピソードトーク(支援員と家族の会話の記録)」と「意向確認書(主として医療面に関するご家族の意向を確認したもの)」です。

この記録があることによって、ご両親やご家族が亡くなった後でも、その意思や想いが生かされます。

より良い看取り援助は、ご家族の協力なくしては実現しません。

ご本人はもとより、ご家族も含め、みんなで未来について語り合しましょう。

2つの施設の取り組みをご紹介します。

「とみがおか」は、看取り援助の取り組みを始めたばかりですが、「共栄」は、まさに実践の真ただ中という感じでした。

利用者の年齢は、平均すると「とみがおか」の方が10~15歳ほど若いですが、将来は現在の「共栄」と同じような状況になるので、しっかり取り組んでいく必要があります。

今のうちから、ご家族の方といろいろなお話をさせていただきたいと思います。

根底にあるのは意思決定支援というところであり、ご本人の意思がどこにあるのかというところ です。

意思表示が難しい利用者のために、家族と支援員と医療関係者が連携し、情報を持ち寄り、課題に取り組んでいきます。

