事例Ⅲ

延命治療は行わず、最期まで住み慣れたホームで暮らし続けた事例

～介護付き有料老人ホーム 看取りの事例～

Aさん（89歳・女性）は、他県で夫と二人暮らしをしていましたが、平成4年頃より夫が体調を崩したことを契機に、平成6年に長男夫妻と同じマンションに引っ越しました。その後、長男夫妻の支援や長女（都内在住）次男（地方都市に在住）の協力を得ながら生活していましたが、平成15年に夫は死去しました。

平成18年、84歳の時にAさんの希望により、自宅から歩いて数分の介護付き有料老人ホームに入居をしました。入居後は趣味の俳句や書道、料理、音楽等を楽しみ、家族とともに季節毎に旅行にも出かけていました。

入居3年目の平成21年に脳血栓のため入院、左不全麻痺になりました。しかし右利きのAさんは「右が助かったから俳句が続けられる」と前向きな発言をされていました。

翌平成22年脳梗塞を発症し再度入院。左半身麻痺は悪化し、嚥下機能の低下、車椅子を使用するようになり、日常生活全般に介助が必要な状態になり、体力低下が生じ、表情がさえない日が増えていきました。

平成23年8月頃よりさらに食事や水分摂取量が低下し、9月には脱水のため入院をしました。10月に退院後、本人、家族、施設の主治医、介護支援専門員で今後の方針を話し合いました。医師は食事の低下は年齢的なことも考えられ、経口摂取ができなくなった時には人工栄養（胃ろう栄養法・中心静脈栄養法等）という方法があることを説明しました。

長男は本人、次男、長女と相談し、人工栄養は行わずに、無理なく自然に過ごしたいという意向で、その後、延命治療はせずに施設で看取りをして欲しいという希望が出されました。

施設はその希望を受け、施設長、主治医を中心に看取り体制を構築、医師との連携、職員教育、看取り介護の実施内容を話し合い、看取りのための環境を整えていきました。

また、本人、家族の意思確認や適切な介護方法、不安軽減のためのサービス担当者会議を何度も開催し、Aさんが望む生活を援助するために、本人、家族と相談しながら、施設でできる介護について考えていきました。

平成24年2月、Aさんは、家族や職員に見守られながら、ホームで静かに息を引き取られました。家族と職員は死後の処置をしながら、本人の思い出話をしました。

亡くなられてから1週間後、家族にも参加していただき、デスカンファレンスを開催しました。本人との思い出、看取り介護の振り返り、その時々の家族の思い等をお聞きするとともに感謝の言葉をいただきました。職員も人生の最期の時期を一緒に過ごさせていただいたことに感謝の言葉を伝えました。

★この施設では2か所の在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行っている。主たる担当医が不在時には、他の医師が診察をできる体制をとっている。また、夜間看護体制加算と医療機関連携加算の算定を行っている。

有料老人ホーム

基本情報

受付日　平成23年12月26日　　受付者　介護付き有料老人ホーム　Nホーム　M（介護支援専門員）
受付方法　本人・長男夫妻と面談

利用者氏名	A	性別	女性	生年月日	大正11年　1月　　日(89歳)
住所	東京都			電話番号	

主訴

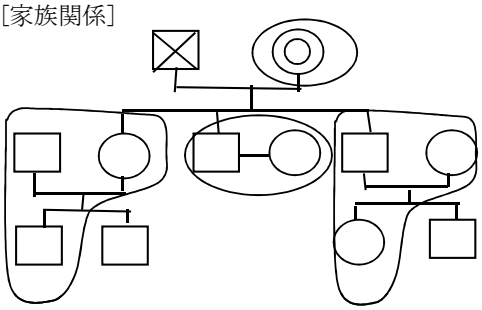
【相談内容】
（長男）母がこちらにお世話になってから5年半が過ぎました。お友達もでき、今では我が家のように安心して暮らしています。入居してから3度入院をして、随分と衰えてきたことがわかります。主治医からも食事量が減り、腎機能が低下してきていることから、穏やかな下降線をたどっていると説明を受けています。人工栄養のお話を何度も伺いましたが、母と相談してお断りをしました。もう入院はせずに、こちらで最後まで看ていただきたいのです。家族でできることは行いますので、主治医と職員の皆さんに最後までお世話になりたいと考えています。

【本人・家族の要望】
本人：主人が亡くなってから子ども達に世話になりながら生きてきましたが、そろそろ頑張りが利かなくなってきました。子ども達に迷惑をかけないよう、痛い思いをせずに最期を迎えたいと願っています。
家族(長男)：本人が望むように、入院はせずに最後までこちらで過ごさせてほしい。食事が食べられなくなっても自然にお願いします。延命治療は望みません。

生活歴・生活状況

【生活歴】
大正11年、○○県生まれ。大きな商家の第3子（長女）として生まれ、不自由なく育った。女学校卒業。その後は、家事手伝いをし、昭和18年結婚。夫は商社勤めであった。子どもが3人誕生し、専業主婦として生活をしてきた。
趣味は俳句と華道。（俳句は夫と共通の趣味であった。）
平成6年、夫とともに長男家族が暮らす都内の同マンションに転居をした。平成15年、夫死去。平成18年、本人の希望で長男宅から近い当ホームに入居した。入居後も家族との関係は良好で、趣味も続けられていた。

[家族関係]



病歴

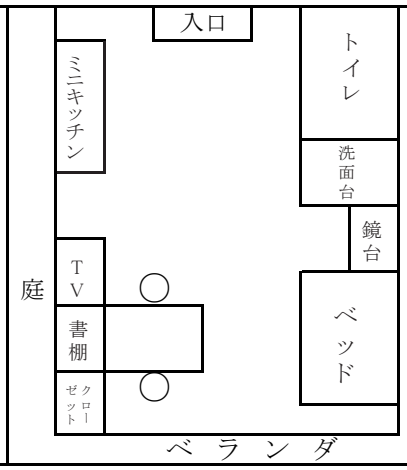
【経過・病歴など】
40歳代後半　婦人科の疾患があったが詳細は不明
60歳台　右膝関節変形症
70歳台～　高血圧症で内服治療
平成21年（87歳）　脳血栓のため入院　左不全麻痺
平成22年（88歳）　脳梗塞のため入院　左半身麻痺悪化
平成23年9月（89歳）　脱水のため入院

【主治医】
東京転居後
　Ｉ クリニック（高血圧の治療）
施設入居後
　Sクリニック（S医師）による訪問診療
　入院はいずれも、区内の病院
　（協力医療機関）

日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立

認定情報	要介護4（平成23年10月1日～平成24年9月30日）
課題分析（アセスメント）理由	本人・家族よりホーム内看取りの相談があったため、アセスメントを実施。
利用者の被保険者情報	後期高齢者医療制度 遺族厚生年金　2か月で36万円 企業年金　1か月4万円 その他不動産収入がある（月10万円程度）
現在利用しているサービス	訪問診療（内科）

家屋状況・居室の状況



有料老人ホーム

課題分析（アセスメント）

平成23年12月26日現在

標準項目名	主な内容
健康状態	高血圧症。脳血栓、脳梗塞の後遺症により左半身麻痺。言葉が出にくく、嚥下障害がある。9 月に脱水により入院。10 月に退院をしたが、その後も食事・水分摂取量が低下している。腎機能低下。両下腿部に浮腫あり。身長 145cm　体重 33kg　BMI15.7。
ＡＤＬ	寝返り：一部介助。起き上がり：全介助。移乗：全介助。歩行：できない、ティルト型車いすを使用。昼食・夕食の時間以外はベッドで過ごしている。着衣：全介助。入浴：機械浴槽使用、全介助、排泄：紙おむつを使用し、ベッド上で全介助。
ＩＡＤＬ	掃除、洗濯、買物、調理は施設で行っている。金銭管理は家族と相談しながら家族が行っている。服薬は全介助。
認知	年相応のもの忘れがあるが、日常の意思決定能力はある。自分で判断が困難な時は、決定を長男に委ねている。
コミュニケーション能力	言葉が出にくくなっているが、意思の伝達はできる。視力：眼鏡を使用。細かい字は見えにくい。聴力：やや大きな声で話せば聞こえる。
社会との関わり	体調がよい時には家族と外出したり、施設内の俳句の会に参加していた。退院（10月）後は車いすでホームの周りを散歩する程度。家族の面会は毎日ある。本人・家族の希望により現在は昼食・夕食の時にベッドのまま食堂に移動し、他の入居者と過ごしている。
排尿・排便	尿意・便意はあり、ナースコールで対応している。尿量は 1 日 800 ～ 1,000ml。排便がない時は下剤を内服している。
じょく瘡・皮膚の問題	やせが目立ち、背部や臀部に発赤ができることがある。エアマット、クッションを使用している。(2時間毎に体位変換を実施。)
口腔衛生	痩せたため義歯が合わなくなってきている。そのため、食事の時には本人の希望により義歯を外すこともある。毎食後、職員が歯ブラシで口腔内の清掃を行っている。
食事摂取	3 食以外に、おやつの時間を 3 ～ 5 回設けている。食事はブレンダー食、水分は蜂蜜程度のトロミをつけている。1 日の食事摂取量は 500 ～ 800Kcal。その時々に応じて補助栄養食品（300 ～ 500Kcal）を摂取している。水分摂取量は 750 ～ 1,000ml。食思を尊重しながら全介助。
問題行動	なし。
介護力	長男夫妻が毎日面会に訪れ、おやつの介助をしたり、居室で一緒に過ごしている。長女は週に 1 回、次男は月に 1 ～ 2 回程度の面会がある。家族は介護に協力的で、他の入居者にも心配りをしてくれている。
居住環境	平成18年5月から当ホームの3階に居住している。愛用していた鏡台、書棚やテーブル、椅子がある。居室の広さは30㎡。
特別な状況	医師よりターミナル期と診断されている。

有料老人ホーム

第１表

施設サービス計画書（１）

初回 ・ 紹介 ・ 継続　　認定済 ・ 申請中

利用者名　　Ａ　　殿　　生年月日　大正１１年　　月　　日　　住所

施設サービス計画作成者氏名及び職種　　Ｍ　　（介護支援専門員）

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地　　介護付き有料老人ホーム　Ｎホーム

施設サービス計画作成（変更）日　平成２４年１２月３０日　　初回施設サービス計画作成日　平成１８年　５月２０日

認定日　平成２３年　９月　２９日　　認定の有効期間　平成２３年１０月　１日　～　平成２４年　９月３０日

要介護状態区分	要介護１　・　要介護２　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５

利用者及び家族の生活に対する意向	本人：ここ数年、子ども達に世話になって暮らしてきました。ホームの皆さんにもよくしていただきました。自分なりに頑張ってきましたが頑張りが利かなくなってきました。皆さんにここでお世話になりながら、最期を迎えさせていただきたいと願っています。 家族（長男）：母が望むように、もう入院はせずに最後までこちらで過ごさせてください。食事が食べられなくなっても、体に無理がないように自然にお願いします。延命治療は望みません。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

統合的な援助の方針	ご本人、ご家族の意向を受けて、最後までホームで生活をしていただけるように支援致します。 医師と連携をとりながら、ご本人の希望である痛みがないようし、ご家族や親しい方々との時間を大事に過ごしていただけるように致します。また定期的にご本人、ご家族の意向を確認をさせていただき、その都度、意向に沿った支援を致します。 緊急連絡先　①Ｓクリニック（Ｓ医師）　電話 ②　Ｂ　（長男）　電話 ③　Ｃ　（長女）　電話

施設サービス計画の説明を受け、同意しました。　　平成　　年　　月　　日

説明者　　氏名（代理の場合は関係）　　印

有料老人ホーム

第２表

施設サービス計画書（２）　抜粋

利用者名　　Ａ　　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				援助内容			
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	担当者	頻度	期間
そろそろ頑張りが利かなくなってきた。	穏やかな生活を送る。	24.1.1～3.31	心身の状態を把握し、適切な対応ができる。	24.1.1～1.31	・診察、処方、療養に関する助言。	医師	1週間に1回	24.1.1～1.31
					・身体の苦痛や精神的な不安がないかをお聞きして、適切に対応する。	介護職員・看護師 医師	日に3～7回	
痛い思いをせずに最期を迎えたい。			好みの食べ物を美味しく食べる。		・食欲のある時は、好きな食べ物を聞いて無理なく食べてもらう。	介護職員・家族 栄養士・看護師	随時	
			苦痛、不安の確認を行い、無理なく生活する。		・2時間毎に体位変換を行い、良肢位になるようにケアを行う。ケア時には、必ず声をかけ、お話をする。	介護職員・看護師	2時間毎	
					・バイタルサインチェック、食事・水分摂取量、排泄状況を記録し、身体状態を確認しチーム員に報告する。	介護職員・看護師 医師	1日2回	
			心地よい住環境にする。		・室温、湿度、採光、香りを調整する。	介護職員	随時	
					・思い出の品や写真を飾る。	家族		
					・お好きな音楽をかける。	介護職員・家族	随時	
家族との時間を大切にしたい。	家族や親しい人たちと人生を振りかえる。	24.1.1～3.31	家族や入居者と過ごす時間が持てる。	24.1.1～1.31	・家族と一緒に過ごす。	本人・家族	随時	24.1.1～1.31
					・入居者と交流する時間をもつ。	入居者・介護職員		
			俳句を作る。		・家族と俳句を作り、今までの作品をまとめる。	本人・家族		
			作品をまとめ俳句集を作る。					