

医療と介護の「絆」を考えるⅣ ～胃ろうの現状と課題～

東久留米白十字訪問看護ステーション
中島 朋子

当訪問看護ステーションの状況

- ▣ 組織の母体：株式会社ケアーズ
訪問看護ステーション2ヶ所（新宿、東久留米）
訪問介護、居宅介護支援事業、ボランティアの会
- ▣ 利用者の年齢層：乳幼児～超高齢者
- ▣ 疾患：悪性疾患、脳血管疾患、慢性疾患、認知症
難病、精神疾患などさまざま
- ▣ 胃瘻：全利用者の約1割は常時
- ▣ 経管栄養：少数
- ▣ 看取りの状況：2～5名／月 在宅での看取り
- ▣ グループホームへの定期訪問（健康チェック）

訪問看護が目指すこと

“その人らしく生きること”

患者と家族にとってできる限り良好な
クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を
実現させること

訪問看護の理念

- ▣ その人らしさを大切にする
“利用者と家族のQOLの確保”
- ▣ ケアの主体は利用者とその家族
- ▣ 生活の場でのケア
- ▣ 自己決定
- ▣ 意思の尊重
- ▣ 家族ケア
- ▣ 人権擁護（アドボケイト）

在宅でのケア

▣ 生活モデル：主体的に積極的に

その人らしく生きるための支援

＊利用者の生活の質（QOL）を重視したケア
⇒患者・家族の意思決定を大事にする

＊生活を中心に組まれた医療福祉サービス

＊生活の延長線上にある自然な死を迎える
ためのサポート

胃瘻造設者の状況 ①

▣ 主な疾患

脳血管系疾患

ALSなどの難病

認知症

脳性麻痺

遷延性意識障害 など

▣ 介護力の状況：日中独居、老老介護、認認介護

胃瘻造設者の状況

- ▣ バルンタイプ < バンパータイプ
- ▣ チューブタイプ < ボタンタイプ
- ▣ 交換場所：在宅
入院（レスパイトケアも兼ねて）
- ▣ バルンタイプ⇒ 定期的に固定水のチェック
- ▣ 自然抜去時の対応⇒バルンカテーテル等の準備
- ▣ トラブル：誤嚥性肺炎、スキントラブル
チューブ閉塞、下痢、抜管、
- ▣ 介護サービス利用の支障
- ▣ 障がい児（者）⇒通所施設や学校での注入問題

胃瘻造設者の介護サービス利用困難状況

- ▣ デイサービスの受け入れ困難
- ▣ ショートステイの受け入れ制限
- ▣ 入所、入院の困難
- ▣ 注入は医療職者か家族のみ
- ▣ グループホーム入所者が胃瘻になったら？
- ▣ 在宅患者

日中独居、独居、高齢者世帯など

介護力が充分ではない場合はどうするか？

在宅生活を維持するための工夫

- ▣ 注入回数の工夫

3回／日 ⇒ 2回／日

- ▣ 注入時間の工夫

半固形食の注入に切り替える

- ▣ サービス利用の工夫

注入開始は訪問看護で

注入中の見守りと終了時のクランプはヘルパー

- ▣ 可能であれば出来る範囲でセルフケアの確立

胃瘻造設か否かの局面時の関わり

- ▣ 利用者・家族の心に揺れに寄添い、共に考える
姿勢で意思決定の支援を行う
 - ＊本人・家族の意向の確認
 - ＊情報提供
 - リーフレットやDVDを利用して
 - 生活や介護について具体的に説明
 - 造設のメリット、デメリットの説明

- ▣ 入院中の場合でも、家族から相談を受けることが多い
上記の方法で支援⇒診療報酬はないが・・・

意思決定時に大事にしている指標

- ▣ QOL （QOLの定義）
- ▣ 本人の意思
- ▣ 家族の意思
家族へのグリーフケアにも繋がる
- ▣ 倫理原則
- ▣ 患者権利：リスボン宣言

患者の権利に関するリスボン宣言①

- ▣ 良質の医療を受ける権利
- ▣ 選択の自由の権利
- ▣ 自己決定の権利
- ▣ 意識のない患者
- ▣ 法的無能力の患者
- ▣ 患者の意思に反する処置

患者の権利に関するリスボン宣言②

- ▣ 情報を得る
- ▣ 機密保持を得る権利
- ▣ 健康教育を受ける権利
- ▣ 尊厳を得る権利
- ▣ 宗教的支援を受ける権利

事例①

- ▣ 88歳 女性
- ▣ 認知症、大腿骨頸部骨折、廃用症候群
- ▣ 意思疎通：簡単なうなずき程度が時折可能
- ▣ 寝たきり 介護度5 （数年前から）
- ▣ 主介護者：嫁 親族が時折来て意見だけ述べる
- ▣ 肺炎を起こして入院

親族も交えてカンファレンスを企画

「管を入れたりしたくない、自然に死にたい」
と言っていたという孫たちからの情報

⇒悩みながらも家族の意思決定ができ在宅で看取る

事例②

- ▣ 80歳 男性 レビー小体型認知症
- ▣ インテリジェンス高く、哲学的な会話が多い
- ▣ 幻覚は多いが意思決定、意思表示可能
- ▣ 胃瘻造設については本人が強く拒否
- ▣ 家族は、本人の意向を尊重したいと強く思っている
- ▣ 入院中であつたが、家族に数回に渡つての説明と揺れる思いの傾聴、意思決定までの寄り添い
- ▣ 在宅療養を再開し、在宅で穏やかに看取る

事例③

- ▣ 78歳 男性
- ▣ 多発性硬化症（50年前に発症）、糖尿病、急性心筋梗塞、尿路感染から敗血症ショック
昨年脳梗塞を発症し、PEG造設
この時点から訪問看護を開始
- ▣ 介護度5 妻（77歳持病あり）と二人暮らし
- ▣ PEG、血糖測定、インシュリン（3回／日）
吸引、褥創処置など重介護
- ▣ 医療的処置多く、デイ、ショート共に利用困難
- ▣ 心室頻拍の指摘⇒ペースメーカーは拒否

事例④

- ▣ 78歳 女性
- ▣ 脳梗塞 右麻痺、失語症
- ▣ 介護度5 全介助
- ▣ PEG造設し退院 ⇒訪問看護利用開始
- ▣ 主介護者：息子さん
自営業をしながら母宅に寝泊りして介護
- ▣ 経管栄養の時間になると、毎回必ず涙を流す
「もうこれ以上生かさないで…」と筆談

事例から考えること

- ▣ 十分な情報提供がされているか
- ▣ 意思決定するまでのプロセスに充分寄り添えているか
- ▣ 患者の権利、倫理原則に沿っているか
- ▣ QOLの定義

今後の課題

▣ 医療者の意識変革

死 ≠ 敗北

▣ 日頃から、自分の人生の過ごし方、幕の閉じ方を などを考える。またそれを家族間でも話し合える 社会にしていく必要があるのではないか

▣ 人としての尊厳が守られた中で、人生の幕引きが 自然に、そして穏やかに迎えられるような医療・ 看護・介護の更なる普及

▣ 『満足死の会』

1979年 疋田善平医師

「本人の満足、家族の満足、医療側の満足」を満
たした死を「満足死」として発表