

石巻健育会病院 阿部喜恵(地域包括ケア病床・一般病床 師長)

功 績 90代進行胃癌終末期患者さんの「自宅で最期を迎えたい」という思いをくみとり、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行った。患者さんの思いを「つなぐノート」に綴り、希望を叶えるため、ご家族のゆらぐ思いを受け止めながら、向き合い、都度対話を繰り返した。患者さんが希望した「自宅への退院」は実現し、退院後5日目にご家族に見守られ永眠された。患者さんの意思を尊重し、「自分らしく生きぬく」を支えるケアを実践、またご家族に対しては不安なく自宅に患者さんを迎え入れていただくために在宅サービスへとつなぎ地域包括ケアを実践した。その結果、入院中にはご家族から感謝の手紙を頂き、自宅での永眠後には来院され、感謝のお言葉と寄付をいただいた。病院理念である患者・家族の「心を豊かにする」を実践した功績。

推 薦 者 庄司正枝

推 薦 理 由 終末期に直面した患者さんとご家族のゆらぐ思いを受け止め、ACPにより、患者さんの意思が尊重され在宅へと引き継いだ事例でした。今年度ACPを推進している中で、なかなかうまく切り出せない、言い出せない状況で阿部師長は率先して本事例に取り組んでくれました。その姿勢がメンバーにも大きく影響し、病棟全体、病院全体でACPを進めることができました。本事例においては、症状が悪化していく中、敬老会にはベッドのまま会場へ移動し参加を支援したり、短期間で在宅サービスのセットアップを行うなど阿部師長のきめ細やかな配慮がありました。ご家族からの感謝のお言葉や手紙は「質の高いサービス」を反映している結果であり、組織貢献度及び功績は非常に大きく、よって理事長賞に推薦致します。

内 容

患者さんは90代男性。2020年4月進行胃癌と診断され告知を受けた。本人は手術を希望したが、超高齢のため手術適応外の判断で自宅で療養していた。7月下旬食事摂取不良のため当院入院となり、入院当日の病状説明でご家族(息子、娘)はDNARに同意された。

入院依頼の診療情報提供書からアセスメントし、ACP介入が可能なのではないかと看護チームメンバーで話し合い始め、最初の多職種カンファレンスでは、ご家族の意思を確認しACP介入していく方針を固めた。

入院1か月後に医師より病状説明があり、ご家族より「本人が帰りたいというのであれば自宅で看ます。」と本人の希望である「自宅で過ごす」ことに理解が示された。看護師から、意思決定支援の書類として「つなぐノート」を用いて説明し、ご家族は理解を示されたが、具合が悪ければ病院で見てほしいという思いに傾いている様子も伺えた。患者さんは点滴と併用で摂取量にムラはあるものの食事をし、車いす離床、ご家族からの手紙や新聞を読んだり、文字を書いたり、癌性の疼痛なく過ごしていたため、自宅に帰るのは可能と考えられた。

しかし、9月中旬の発熱を機に、酸素投与、吸引が必要となった。退院ができるかどうか案じていた時、

当院の敬老会への参加を楽しみにし、点滴をしながらでも自宅で過ごしたいという意向が再度聞かれた。ご家族からは無理に連れて帰らなくても、このまま病院でもよいという声も聞かれたが、患者の「今日帰る日?車は予約してるのか?」と、待ち望んでいる思いを叶えたいこと、ご家族に囲まれて過ごせる日が1日でも早く、長くという思いで多職種が調整していることを面会の度に伝えていった。介護保険未利用だったこと、酸素吸引処置が必須となったことから調整に時間を要したが、訪問診療、訪問看護、介護サービス、医療サービス、ご家族への介護指導、ケアマネの退院前自宅訪問などの準備が整い10月上旬に退院となった。退院から5日後、ご家族に見守られ永眠された。

ご家族より、入院中本人がスーツを着用し敬老会に参加できたことに対して感謝の手紙を頂いた。また永眠から2週間後ご家族が来院され、「本人が家に着いて、『気分がいい。ずっとここにいていいのか』って言われたんです。大往生でした。こちらに入院できてよかったです。非常に満足した最期でした。」と感謝の言葉を頂き、病院の運営にお役立ててほしいと10万円の御寄付を頂戴しました。