



井戸ばた会議

10月号の★募集テーマから

何かあったら救急車？ それとも…



急変時の対応。みなさん普段から話し合い、備えていますね。「家族が悔いのない選択をできるよう、医師と看護師、ケアマネで伴走する」「看取りについて入院時から話し合い、医療と介護が協力して進める土壤がある」など。医療ニーズがなくても、急変時の備えは必要という意見もありました。（編集部）

本人の急変で、家族がパニックに 事前の取り決めだけでは不十分

神奈川県 M.K 50代

老衰の方のケース。家族が事前に在宅医と話し合い、急変しても救急車は呼ばず、まずは医師に連絡すると決めていました。でもそのときになると、家族は救急車を呼んでしま

った。家族は「本人の意識がなくなり、パニックになった」と話していました。決めたこととはいえ、身内のことです。仕方がないと思います。家族はまた、医療との窓口が在宅医だけで、相談する機会も少なく、不安を感じていたとも話していました。急変時でも救急車を呼ぶことなく、看取りができたケースもありま

す。がん末期で余命1カ月の方。退院後は、病院と連携する訪問看護ステーションの看護師が頻繁に入っていました。訪問の際に、本人が今日の段階にあるのかを家族に伝え、相談にもまめに乗っていました。急変時も、家族はまさきに訪看へ連絡。自宅で看取ることができました。

入院時から 話し合える土壤がある

新潟県 角谷宗敬 50歳

新潟県は、全国の中でも医師の数が少ない県です。その中でも特に、私たちの地域の医師不足は深刻です。豪雪地帯で、病院へ連れていくこと自体が難しいときもある。そのため、終末期の人を自宅で看取することは、地域では自然なこととして受け入れられています。看取りについて、医師が本人や家族と入院時から話し合うこと。そこで決まった方針に沿って、医療と介護の専門職が協力しながら支えることが当たり前になっています。

例えば、がん末期の人が退院するケースでは、MSWや退院調整看護師から居宅へ依頼が来ることもあります。退院前のカンファレンスには、ケアマネや訪問看護師、ヘルパーが出席。現在の病状や予後の見通しを共有し、本人が今後どうしていきたいかを、本人や家族も交えてみっちり話し合ってから退院となります。急変時も、家族は在宅医や訪問看護

師、ケアマネに連絡を取ることの方が多いです。

専門職が伴走すれば 家族は迷わない

神奈川県 度會祥子 50代

地域に、がん診療の連携拠点病院があり、そこから退院してきたがん末期の方を支援することがあります。退院カンファで、最期のときは家で迎える。救急車も呼ばないと決めて、自宅へ帰ってくる。ところが、生活の場に戻ったことで容体が安定し、医師が宣告した余命を超えて生きる方もいます。家族は本人の元気な様子を見て、希望を抱きます。万一のときは延命を希望すると心変わりする家族もいます。

そこは、仕方がないと思います。大切なのは、専門職ができる限り伴走し、本人と家族にとって悔いの残らない選択ができるよう、支えることです。あるがん末期の利用者は、在宅療養支援診療所の医師が週1回訪問し、訪問看護も毎日入っていました。医師や看護師は本人のケアに加え、家族の相談に乗り、不安や疑

問をその都度、解消していきました。私も週に2~3回は訪問し、家族の悩みを傾聴しました。最期は、家族が診療所へ連絡し、自宅で息を引き取りました。

かかりつけ医の判断で 提携先の病院へ

北海道 K.T 50代

老々介護の夫婦を支援したときのことです。妻は要介護5。老衰のため、寝たきりでした。

地域のクリニックに勤める内科医の往診が週2回と、ヘルパーが週数回入っていました。ある日の夜、夫から、妻がぐったりしていると連絡がありました。かけつけると肩で息をし、顔色も悪かった。医師から携帯電話の番号を教えてもらっていたので、すぐに連絡しました。「何かあったら、いつでも連絡していい」と言ってくれた医師。すぐにつながりました。医師の指示で救急車を呼び、クリニックと連携している急性期病院へ。診察の結果、貧血だと分かり、すぐに帰宅できました。

投稿用紙のご利用（p.45、もしくはホームページから投稿）で、掲載された方には、**1,000円の図書カード**を差し上げます。

