

平成20年度
Kネット緩和ケア研修会

在宅移行期の課題

～ 訪問看護の立場から～

安芸地区医師会総合介護センター

板谷 裕美

はじめに

- 2025年、後期高齢者が3500万人、死亡者数160万人で50%増
- 最期を自宅で過ごしたいと考えている人は83.3%であるが、実際の在宅死率は7%程度
- 1970年代後半に病院死が在宅死を上回る
- がん診療連携拠点病院や在宅支援診療所
- がん末期が介護保険の対象
- グループホーム、ケアハウス・有料老人ホームも可
- 「在宅医療の推進のための麻薬の取り扱いの弾力化について」H18/3/31厚労省麻薬対策課
- 2006年(改正医療法) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律

在宅緩和ケアの課題

- 1 緩和ケアに関わるすべての職種のレベルアップ
- 2 在宅緩和ケアを受け入れる「かかりつけ医師」が少ない
- 3 訪問看護師の不足
- 4 病診連携、看看連携の不足
- 5 外来機能の充実
- 6 行政の対応や住民レベルでの知識の啓発活動(相談窓口、情報提供)

在宅に移行する際に家族が心配していること

- (1) 「治療方法がなくなったので退院するように」と言われた
 - ・これからどうなるのか、どんな症状がでるのか、やっていけるのか
 - ・家で対応できるのか ・死に直面するのが怖い
- (2) 病状が悪くなったら再入院できるのだろうか
 - ・どんなときに、いつ頃再入院させてもらえるのか
- (3) 病名は知らせてあるが予後のことは話していない
 - ・どのように話したらよいのだろうか
 - ・知らせたとき、気づいたときに、落ち込んで立ち直れないのではないだろうか
- (4) 急変したり死んでしまうのではないかと、不安である
 - ・食欲がなくなり、どんどん痩せていくので心配だ
 - ・会話がうまくかみ合わなくなった。変なことを言うことがあるが大丈夫か
- (5) 病院入院時と同じ医療を在宅で行わないと死を早めるのでは？
- (6) 退院後に関わる医師や看護師に、適切に対応してもらえるか？
 - ・家族が望むような援助をしてもらえるのだろうか
 - ・困ったときにいつでも来てもらえるか心配だ

不安を取り除く

- 退院の話が持ち上がると病院から見放される。医療から切り離されるといふ不安
安心して自宅で過ごせるよう、ここから支援がはじまる
- 何がわからないか、わからない。先の見えない不安がさらに不安を大きくしている
- 自宅療養中の場合は症状コントロールできずに辛い。家族は相談するところがなく病状変化に心配・不安

H18年日本財団助成事業

NPO法人シルバー総合研究所

病気に伴う不安
医療面での不安

医療環境の整備

信頼関係

介護環境
の整備

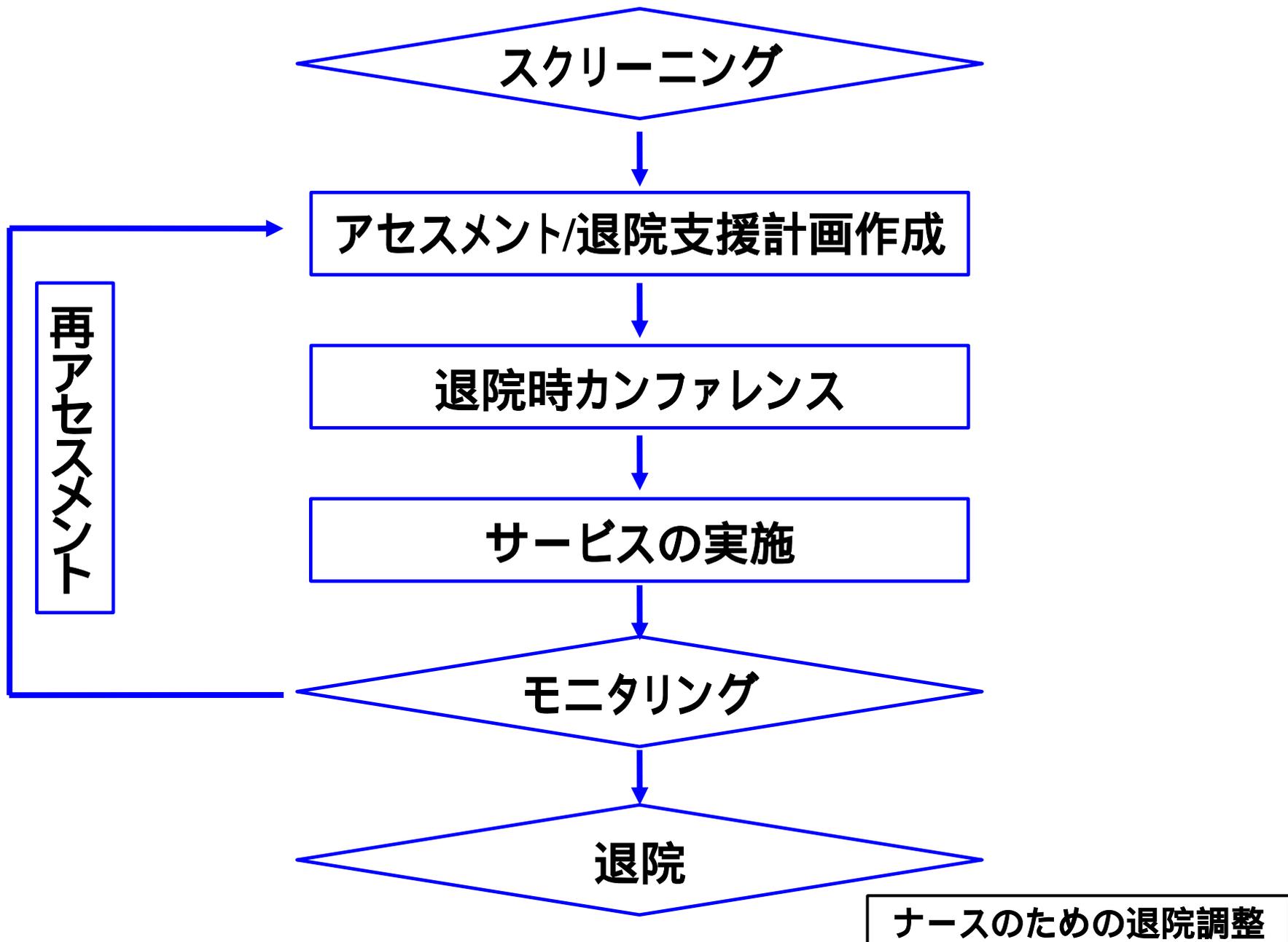
家庭生活

介護の不安

経済的・社会的・心理的な問題

H18年日本財団助成事業NPO法人シルバー総合研究所

退院までのケアマネジメント



在宅ターミナルケア移行までの準備

1. 在宅ケアの導入

在宅療養のインフォームド・コンセント

2. 在宅ケア移行への準備

1) 医療の継続

医療チーム、医療機材、病診連携

2) 生活の継続(介護保険)

居室、居住の整備・介護者の確保・介護の育成

3) 緊急時の対応

緊急時の対応方法の確認

在宅療養にむけて入院時からの支援

- 在宅療養への支援が必要かアセスメント
入院目的を具体的に

Dr: 退院時のイメージを言語化し共有

「どのようになったら、どこまでできるようになったら
退院か」

- 継続する医療管理が必要か

Nr: 訪問看護の必要性早めにチェック

HPN・経管栄養・HOT・創処置・麻薬など
介護が必要・介護力

移行時医療と生活(介護)で検討

医療上の問題

- 他科情報も必要
- 在宅医療の導入
内服、注射、医療処置、
機器類
- 現在の症状はなぜ？
- 今後継続？悪化？緩和
する方法は？
- これから出てくる症状は
- どう聞いている？受け止
めた？そしてどうしたい

生活(介護)上の問題

- ADL・IADL
- 食事
- 排泄
- 清潔
- 住環境
- 転移(骨・脊椎)骨折の
リスクとADLはどこまで
- 経済的 介護度、保険、

退院前にお願いしたいこと

- **病診連携**：短い時間でカンファレンス
医療は在宅版にシンプルに
点数をどのように取るか
- **看看連携**：必要な職種を集めてカンファレンス
持ち帰り物品は過不足なく
指導は準備から片づけまで

在宅看護・緩和ケアの短所

1. 医療者が24時間そばにいない
2. 急変・新たな症状が現れた場合に、適切な処置が遅れる場合がある
3. 最期まで主体となるため家族の負担が大きい
4. 一人で訪問看護に行く為、ストレスが大きい
5. 医療効率の時間、人的、経済効率など悪い
6. ケア場所が在宅の為、スタッフ同士が会う機会が少なく、スムーズなコミュニケーションが困難

在宅看護・緩和ケアの長所

1. 利用者と家族の為だけに1時間たっぷり看護ケアができる
2. 日常生活の中で生活できるため自然な姿を保ち過ごせる
3. 家族が傍に居ることの安心感もあり症状緩和にもつながる
4. 食事・面会・外出・入浴等、生活すべてに融通が効き自由に対応できる
5. 家族関係を保ちながら社会的、心理的、スピリチュアルな存在も認識し満足を得やすい
6. 家族が最後までケアでき、早い時期からグリーフケアができる
7. 事で遺族が思い残すことがほとんどない
8. 医療者は理想的なケアサービスが提供できるので充実感がある

事例検討会の参加施設



マツダ病院

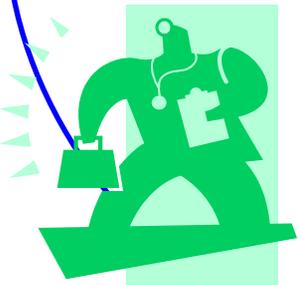


済生会広島病院



広島市医師会運営・安芸市民病院
(緩和ケア病棟保有)

病院: Dr・Ns・薬剤師・MSW



安芸地区医師会
(開業医)



地域内
訪問看護ステーション

地域: Dr・Ns・薬局薬剤師・
ケアマネ・相談員・ヘルパー

在宅ホスピスケア症例検討会の目的

地域医療・福祉者との連携を図ることにより、利用者・家族が安心して在宅生活が過ごせるよう支援体制を構築する。

事例を通して支援方法のあり方について検討する。

地域医療・福祉関係者とのコミュニケーションを図る。

各職種のレベルアップを図り、より充実した在宅ホスピスケアを提供する

- 第1回 「在宅でのペインマネージメントが困難だったケース」
- 第2回 「在宅への連携」
- 第3回 「ペインコントロール」を中心に
- 第4回 「乳癌で入退院を繰り返した事例」
- 第5回 「ペインスケールの活用方法とその意義」
- 第6回 「介護者に悔いの残った事例を通して」
- 第7回 「外来、訪問看護、入院病棟が関わった1事例を通して」
- 第8回 「入院から、在宅看護になり多職種が関わった事例を通して」
- 第9回 「在宅への移行が困難であった1症例」
- 第10回 「チームケアが課題として残った事例」
- 第11回 「本人の急な在宅希望に対応できた事例」
- 第12回 「貧血を主訴に肝転移巣から発見された進行下行結腸癌症例」
- 第13回 「患者様への情報提供」について
- 第14回 「本人・家族の希望通り終末期を在宅で迎えた事例」
- 第15回 「事例を通して疼痛コントロールの実際を学ぶ」

安芸地区医師会での試み

- ・在宅移行時の聞き取り調査情報シート
- ・HPN施行時の高カロリー輸液調製
(薬剤師会営薬局にクリーンベンチ設置)
- ・ご遺族の集い
- ・在宅における疼痛マネジメントマニュアル
- ・在宅療養協力医MAP(かかりつけ医)
- ・持続注入用ポンプ(医師会より迅速なレンタル)
- ・「ICとコミュニケーションのあり方」ほか勉強会
- ・ホスピスボランティア養成講座

今後の課題

- 病院・かかりつけ医の柔軟な連携
疼痛コントロールは病院、食欲不振時などの点滴はかかりつけ医という場合が多い。
急な症状の変化に対応ができない。
- 外来での抗がん剤治療中など、早期よりの
双方向の情報提供外来通院から在宅介護移行時の情報が遅い。
- 患者さん・ご家族への情報提供・相談窓口
情報不足で、我慢・あきらめを余儀なくされている。