

「あんしんの在宅医療を地域連携でささげる」

在宅で療養したい、最期の時を迎えたいと考える人は多いが、まだまだ不安も伴う。「あんしん」の在宅医療のために、多職種の連携強化が求められる

病いを得て一定の治療を終えたあと、住み慣れた家で自分らしく療養の時を過ごすことは、誰しもの理想です。けれども、在宅で医療を受けることに、患者・家族には、まだまだ不安や戸惑いがあることも事実です。安心の在宅医療に向けて、がん診療連携拠点病院などの患者支援職や在宅医療関係者、がん患者・家族、がんのピアサポーターなどが一堂に会し、互いの立場で学び合い、共に考えます。

コーディネーター：地域緩和ケアネットワーク代表 下山理史さん (愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部 部長)

病気と向き合いながらも、自分らしい日々を住み慣れた自宅で過ごすことは誰しもの願いです。一方で、患者は自宅で過ごしたいという気持ちと、介護する家族の負担を考えると心苦しいといわれています。

医療・福祉の専門職だけでなく、患者・家族、一般市民も議論に参加してもらい、みんなで地域のがん医療、緩和ケアについて考えていく必要もあります。

患者さんやご家族の在宅での療養生活を支援するためには、心と身体の「緩和ケア」



が大切であり、地域医療の現場で、がん患者さんやご家族の在宅療養を支える医療チームのネットワークが、いま重要性を増しています。

こうした「地域緩和ケアネットワーク」を構築する取り組みを進める愛知県がんセンター中央病院の緩和ケア部 部長の下山理史さんをコーディネーターに、パネルディスカッションを展開しました。



かわな病院 医療福祉相談室
MSW 吉田芽衣子さん



●かわな病院プロフィール

医療ソーシャルワーカー(MSW)とは、

「保健医療機関において、**社会福祉の立場**から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う」専門職である。

〔厚労省『医療ソーシャルワーカー業務指針』より〕

名古屋市昭和区にある病床数 53 床(うち地域包括ケア病床 23 床)の中核病院で透析ベッド数 60 床を有している。

法人関連施設として、県内 7 ブロック 35 事業所により地域展開し、緩和ケアの体制も手厚い。

●かわな病院 緩和ケア 7つの取り組み



緩和ケア委員会・緩和ケアサポートチーム・八事緩和ケア連携会

緩和ケアサポート外来では、がん・非がんにかかわらず、医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーなど多職種が、十分な時間をとり、緩和ケアに関する様々な相談・治療・療養生活のサポートを行っている(毎週水曜日 13:30~15:30 担当医師:亀井(院長) ※完全予約制)。

緩和ケアサポートチームカンファレンスも実施され(緩和ケア委員会の主要なメンバーにより構成)週 1 回個別ケースについて検討。

また**訪問診療**も積極的に実施し、24 時間緊急対応可能な訪問看護ステーションと連携し、状態に応じた在宅療養生活をサポートしている。

地域包括ケア病床(入院期間:最大 60 日) を活用し、それぞれの状態・希望に応じた治療・サポートを行っていることも特徴だ。

〈緩和ケアにおける様々な入院目的〉

- 痛みのコントロール
- 症状緩和(腹水穿刺等)
- レスパイト(介護者の休息)
- 入院看取り

自宅での療養が難しい場合は、**アンジュかわな**(かわな病院併設サービス付き高齢者向け住宅)など、法人系列施設や医療提携施設での緩和ケア・看取りを支援している。

病院と同一建物による密接な医療連携が可能で、24 時間 365 日の生活支援や在宅介護、在宅医療、リハビリテーションを提供。がん末期だけでなく、透析、脳血管障害、難病など、医療必要度の高い患者に対応する体制が整っている。

●かわな病院 医療福祉相談室の役割医療福祉相談室では、**医療ソーシャルワーカー(MSW)**が、**地域医療連携・医療福祉相談**を行っている。地域の医療機関・事業所等の連携窓口として、転院・受診相談、サービス調整等を行う。

- ・緩和ケアサポート外来受診、入院、訪問診療利用相談
- ・自宅での療養が難しい場合：ホスピス・転院・施設入所相談
- ・自宅療養を希望される場合：訪問診療・訪問看護・その他
- ・必要なサービス利用の調整、退院前カンファレンスの開催等

●医療福祉相談

患者さん・家族が、安心して療養生活が送れるよう、相談・支援を行う。

- ・患者さん・家族の意思決定支援
(療養方法・療養場所等)
- ・在宅支援制度の案内
(介護保険・障害者福祉サービス等)
- ・経済的相談
(障害年金、高額療養費制度、生活保護申請等)
- ・その他療養中の心理的・社会的問題の相談支援

●地域包括ケア病床の役割

地域包括ケア病床では、急性期治療後の継続加療・在宅退院支援を行うほか、在宅・施設の療養患者の病状悪化時に対応し、安定した療養生活を支援する。

※平成 26 年度診療報酬改定にて新設

*在宅復帰率：70%以上

*入院期間：最大 60 日間

→地域の医療機関・施設等と連携し、地域における「あんしんの在宅医療」を支える。

当院地域包括ケア病床 活用事例 ①

70代 女性（肺がん・骨転移）

肺がんと診断され、放射線治療を行っていたが、腰痛・下肢脱力が増悪し、急性期病院へ入院。



当院地域包括ケア病床へ転院。

疼痛コントロール・リハビリ評価、退院前カンファレンス等にて在宅サービス調整行う。



自宅退院（訪問診療・訪問看護利用）

訪問入浴サービス、ベッド・車椅子レンタル



当院地域包括ケア病床 活用事例 ②

80代 男性（肺がん）

急性期病院にて肺がんの確定診断後、当院緩和ケアサポート外来通院開始。



外来通院開始時は歩いて通っていたが、徐々に病状が進行し、日常生活動作が低下。

訪問看護を開始し、経過観察。



家族が自宅で献身的に介護していたが、通院困難となり訪問診療開始。



家族の介護負担が積み重なり、介護者のレスパイト（休息）と、痛みのコントロール目的で、地域包括ケア病床へ入院。

その後、入院看取りとなる。



当院地域包括ケア病床 活用事例 ③

60代 男性（膵臓がん）

病状が悪化し、がんに対する積極的な治療の継続が困難となる。



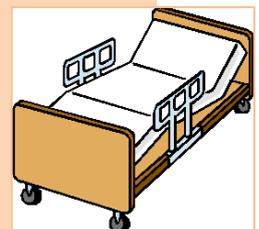
急性期病院での入院加療後、当院緩和ケアサポート外来受診。



受診 2 週間後に、呼吸困難となり、当院へ救急入院。



入院中、今後の方向性について、本人・家族と主治医・多職種で話し合い、サービス付き高齢者向け住宅へ入居となる。



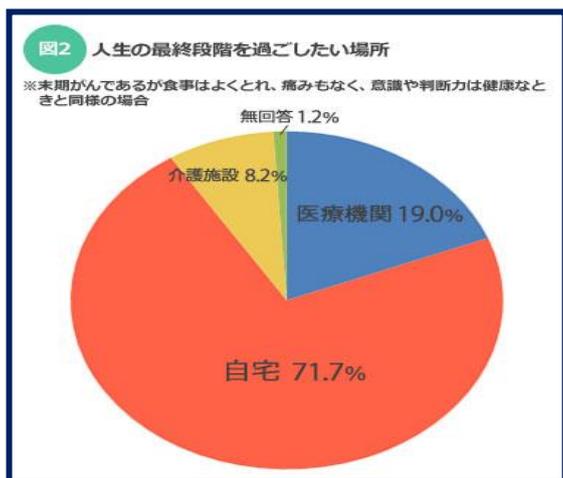
訪問看護ステーション ゆめの葉
代表 篠原宏翠さん



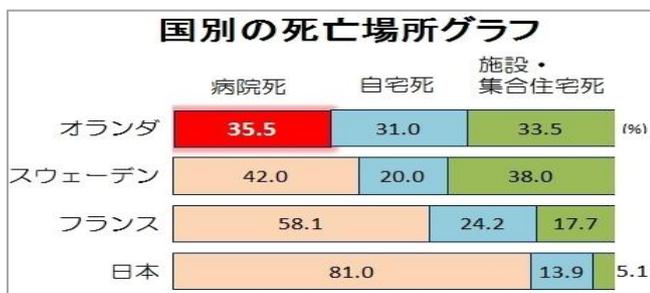
●法人プロフィール

- *平成 24 年 訪問看護ステーションゆめの葉 開業
- *看護師 7 名 理学療法士 1 名
言語聴覚士 2 名 事務職 3 名
- *0 歳から 100 歳までの利用者に対応
- *訪問地域:名古屋市中心部・北部・西部・東部
- *対象疾患:ガン・脳梗塞・心臓疾患・パーキンソン病
等特定疾患・障害児・人口呼吸器管理
- *本年8月 訪問看護ステーションゆめの葉・翠 開所

日本人の、現在の志望場所は、78.4%が病院であり、自宅で亡くなる人は1割強である。しかし、人生の最終段階を自宅で過ごしたいと考える人は、71.7%にのぼる。



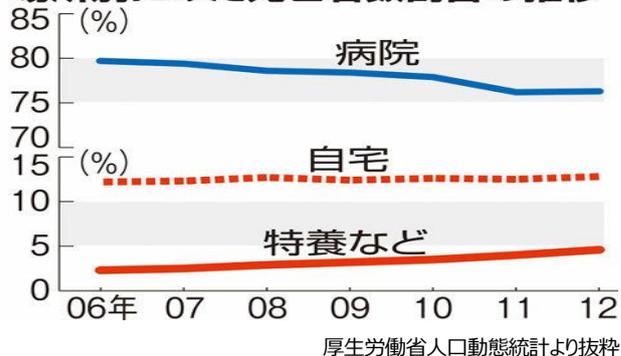
出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2013年)より



欧州で病院死が少ないという事実は、それに見合う在宅サービスが行き渡っていることを表わしている。日本で掲げら

れた「地域包括ケアシステム」が先行している
わづかではあるが、在宅死が増えてきている

場所別にみた死亡者数割合の推移



厚生労働省人口動態統計より抜粋

ガンによる症状

- 痛み、倦怠感などのさまざまな症状
痛みは、ガン患者さんの70%にみられます。
- 極度の疲労感、咳、息切れ、呼吸困難、死前喘鳴、せん妄、発熱などがあります。また出血が起きることもあります。

その他に

- 落ち込み、悲しみなどの精神的な苦痛
- せまりくる「死」への恐怖
- 自分の「人生」に対する問い

I 緩和ケアとは

ガンによる心と身体の苦痛を和らげ、自分らしい生活を送れるようにするケア。

II 最期まで自分らしく暮すために

自分がどのように生き抜きたいのか、どう最期を迎えたいのか、死生観をしっかりと持つことが大切。そして、医師・訪問看護師・ケアマネジャー等、いざというときサポートしてもらえるように、周囲の人の縁をたくさん作っておくことが大事。

III 末期ガン患者さんが最期まで自宅で過ごせない理由

①家族に肉体的・精神的に負担をかけるのではないかと?

多くの末期ガン患者さんは、実は亡くなる数日

前まである程度ご自身のことができていた方が多いのです。

つまり、一般的には長い期間大変なケアが継続するということは 多くはありません。

②家族に経済的な負担をかけるのではないかと
医療保険自己負担割合に応じます。

③患者に何か起こっても、すぐに対応して も
られないのではないかと？

終末期によくみられる症状としては、痛み、極度の疲労感、咳、息切れ、死前喘鳴、せん妄、発熱などがあります。また出血が起きることもあります。

在宅においては訪問看護師に 24 時間いつでも相談する事ができます。そして、必要があれば臨時訪問も行います。

④自宅では十分な医療を受けられないのではないかと？

本格的な癌に対する治療と検査は病院でしていただきます。

しかし、つらさを取るための症状緩和については病院と同じ医療が提供できます。

高カロリー輸液や経腸栄養をすることも可能です。

また、簡単な超音波検査や採血は在宅でも可能です。

⑤入院を希望してもすぐに対応してもらえないのではないかと？

前もって緩和病棟への予約。

～終わりに～

在宅とは、その人がその人らしく過ごせる事。

訪問看護師の役割は、その人と家族を結びつけ、心から支援していくこと。

やりがいを持って(ホスピタルティ)接すること。

症例 ①

氏 名：○崎△子 様 48 歳

病 名：乳癌末期 子宮転移 肺転移

家族構成：夫・長男（東京在住）・次男(看護学生)・長女(高校生) 5 人家族

病 状：名古屋市内の大病院にて左乳房摘出の手術を受け、3 年後子宮・肺への転移あり。抗癌剤投与、放射線治療を受け在宅へ復帰された。食事はほぼ摂取できず水分のみ可能。

処 置：右鎖骨下よりポート確保。フルリック 1 号 1000ml (40ml/h)
在宅酸素療法・バルン管理(16F)

症 状：呼吸困難・不正出血

対 応：痛みのコントロールはフェントステープ 1mg 使用
オキノーム 2.5ml 内服

経 過：退院より数日後に寝たり起きたりの生活。夫は仕事で早朝～深夜に帰宅。長男は東京で一人暮らし。次男は看護学校に通う学生、長女は高校生である為日中は独居。

1 日 2 回、訪問介護サービスが入り身の回りとの世話をしていた。次第に寝たきり状態となり、訪問看護サービスを 2 回/日利用。痛みのコントロール便秘の処置等行った。

いよいよの時、点滴・バルンを抜去、ご主人と入浴。

子供達が頭を洗い着替えをさせ、2 時間後に息を引き取られた。

理念

私達は、人と人との出逢い、関わりに感謝致します。

家族を含め、みなさんが心豊かに笑顔で安心して素敵な毎日が送れるようお手伝いします。

人の痛み寄り添って、命の尊さを大切に、心の通い合う日々を提供します。

ホスピス研究会 OKAZAKI
代表 金田亜可根さん



- ・在宅は決して末期医療ではない
- ・最後まで安心して家にいたい

●活動プロフィール

がん患者会「お話の会」
患者サロン「岡崎公園」
いのちと食とアートの学校（2014年～）

2000年 ホスピス研究会OKAZAKI
2008年 がん患者会「お話の会」
2008年 「医療（いのち）と美術」
※名古屋芸術大学にて授業を担当
2012年 がん患者サロン「岡崎公園」
2013年 いのちと食とアートの学校
2016年 おにぎりとおみそ汁の会「ぬくとば」

ホスピス研究会OKAZAKIテーマ

医療といのちと市民を結ぶこころみ
医療といのちが、もっと自由に、なりますように。

●患者サロン・患者会



- ・自分たちの言葉で知る医療
- ・私達の安心感とは何か

【冊子:がん末期の在宅医療を知りましょう】

●冊子を作成した背景

・病院での違和感は、家にいたら解決することばかり



●冊子の内容（アンケート）

在宅体験4名・在宅医療7施設を対象。

- ・在宅の選択理由
- ・在宅でいる時の不安
- ・良かったこと
- ・くじけそうになった時頼った人
- ・医療者に願ったこと
- ・家族に願ったこと
- ・友人周りの人に願ったこと
- ・医師からの看取りのアドバイスの可否
- ・次に看取る方へのメッセージ
- ・患者さんの思い
- ・在宅への過程
- ・推薦の本など
- ・痛みのコントロールはどこまで可能か
- ・在宅医師が行う医療行為
- ・家族ができる医療行為
- ・終末期の栄養点滴の考え方
- ・代替療法への対処
- ・告知されていない患者への対処
- ・独居の在宅は可能か
- ・在宅医療の限界は・家族に望むこと
- ・システム全般
- ・推薦の本など

