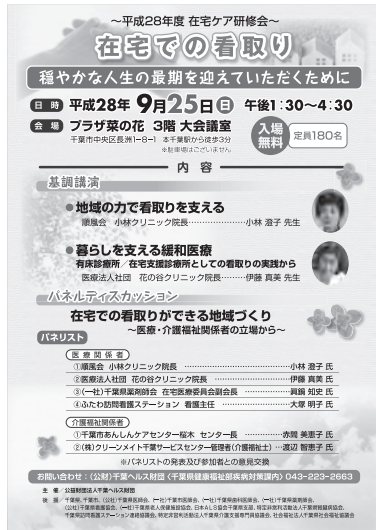


平成28年度 在宅ケア研修会

『在宅での看取り』

～穏やかな人生の最期を迎えていただくために～

2016. 9. 25 プラザ菜の花



当財団では、療養生活を余儀なくされた人及びその家族が、住み慣れた地域で家族や地域の人々の中で、その人らしく生活できるよう、在宅ケアシステムの構築に向け、保健医療福祉関係者と地域医療及び住民が一体となり、その方策を考えるきっかけとなることを目的とし、在宅ケア研修会を開催しております。

今年度の在宅ケア研修会では、国の施策としても実施している質の高い在宅医療の推進に向けて、「在宅での看取り」をテーマに、在宅医療に取り組んでおられるお二人の診療所の先生の基調講演と、日ごろ在宅医療ケアを実践している薬局、訪問看護ステーション、介護事業所の方々を交えたパネルディスカッションを行いました。

本県は、都市部と農村部が混在しており、各地域における在宅医療への取り組み状況は、地域差があり、今後は各地域の実情に即した在宅医療の推進も必要であることが判りました。

ここに、研修会の内容を掲載し、皆様にお伝えさせていただきます。



主催者挨拶

当財団 在宅ケア部会長 平山登志夫

第1部 基調講演

①地域の力で看取りを支える

順風会 小林クリニック
院長 小林 澄子

地域の力で看取りを支える～浦安市医師会の取り組み



厚生労働省は、高齢化社会を背景に2025年に向け地域包括ケアシステムの実現のため、地域住民が住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築していくこと、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供ができることを目指しています。

浦安市医師会では、かねてよりグループ診療、遠隔医療の運用実験など在宅医療の試みを行ってきました。2014年からは、患者さんに関わる、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護サービス事業者などの多職種がチームを形成し、様々な情報を共有して合理的な連携をはかることで、患者さんが安心して地域で療養を続け看取りに至れるよう、ICT利活用した多職種情報連携を推進しています。当初数名で試験的に開始したこの取り組みも、現在は多職種の参加者が約180名、参加施設は診療所、病院、訪問看護ステーション、介護事業所さらに薬局、歯科診療所、介護老人施設をふくむネットワークに拡大しました。

多職種連携のツールとしては、メディカルアイ社の多職種連携用クラウドシステム“IPPO”を採



用しました。クラウド上に在宅患者個人個人の「コミュニティ」を作成して、直接患者にかかわる多職種間で情報を共有するシステムです。セキュリティやコストの問題があり、電子カルテとの連携は行っていません。

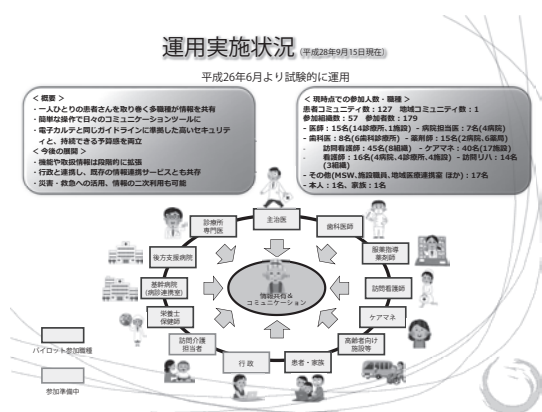
在宅多職種連携では、医療情報そのものの共有よりも、患者・家族の住み慣れた地域で生き切りたいという思いを共有することが重要です。病診連携では有用な検査画像などの共有も、在宅多職種においては実際にほとんど必要なく、まれに必要な場合はiPadで写真を撮りアップロードすればよい、というシンプルな仕組みでスタートしました。すなわち、ICTを導入することですべての職種において業務負担が増えずに、在宅療養の質を上げることがを命題としています。

また、後方支援病院への入院を想定して事前にまとめておく「患者サマリ」などのルールも作成し、緊急入院も円滑に運べるよう工夫しました。

この取り組みの結果として、在宅医療に取り組む医師たちからは「多職種とのやりとりの負荷が軽減した」「情報が散逸するFaxと異なり、患者ごとの情報がまとまるため経緯がわかりやすい」「以前は個別に伝えるべき注意事項を一斉に周知できるため、安全性が担保された」という評価が得られています。

さらに医師以外の職種の感想「とくに医師とのコミュニケーションの壁が低くなった」後方支援病院では「事前に情報が得られるために受け入れがスムーズ」順天堂・東京ベイといった基幹病院からは「退院後在宅に至ってからの経緯がよくわかる」

ともすれば医師と看護師、ケアマネの連携が多くなりがちですが、今後は薬剤師、リハビリ、栄養士すべての多職種が、どのように情報を取得し役割分担を果たしていくか、ということを検討していく予定です。



②暮らしを支える緩和医療

医療法人社団 花の谷クリニック

院長 伊藤 真美

有床診療所／在宅支援診療所としての看取りの実践から



1995年4月、無床の内科診療所としてスタートし、1999年5月に10室(14床)の緩和ケア病棟を開設した花の谷クリニックは、一般内科外来診療、緩和ケア病棟、在宅ケアの3つを、連

携させる有床診療所である。在宅支援診療所でもある。2010年5月より、機能訓練室及び、鍼灸院も併設し、終末期のリハビリテーションに力を入れている。

そして、医療保険下の外来・入院・訪問だけでなく、介護保険事業として、居宅療養支援事業、通所リハビリテーション、療養通所介護、訪問看護、訪問介護を行っており、加えて、障害者総合支援法に基づく事業として、身体障害者のデイサービス、障害者短期入所事業も行ってきた。

暮らしを支える医療を提供したいと考え、地域のニーズに可能な範囲で応えるために、小規模ながら、多機能になった。

1967年、ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソンドースが、イギリスのロンドンに、近代ホスピスの基礎となるセントクリストファーホスピスを開設した。1970年代は、まだ緩和医療という言葉はなく、ホスピスムーブメントが、イギリスから遅れること10数年して、日本にもようやく起こり始めた時代であった。

私が医師になった1980年代は、日本でいくつかのホスピス病棟がつくられていく時代である。ターミナルケアという言葉が使われ、癌終末期の人の安らかな看取りを目指すものであった。

その後、イギリス、カナダ、アメリカなどで使われるpalliative careの訳である、「緩和ケア」という言葉が、日本でも使われはじめ、医療法に「ホスピス・緩和ケア病棟」として位置づけられたのが、1990年ちょうどであった。ホスピス緩和ケア病棟でがん及びAIDS患者の診療報酬が認められ、1990年代に、全国

に急速に緩和ケア病棟がつくられていった。

2006年に定められた「がん対策基本法」にもとりいれられたように、緩和ケアは、がん終末期に限らず、がんと診断されたその時から受けられるべき切れ目のない症状緩和をめざすものと定義された。2000年代は、がんとの共生を支えるために、症状緩和を目的とした化学療法、放射線療法、外科療法、代替医療も含めた、緩和医療選択の時代とも言えよう。

さて、今私たちが生きる2010年代は、どういう緩和医療の時代かと言うと、多様化する療養場所での、非癌疾患を含めた緩和医療の時代に、ようやくなっているのではないかと思います。当院は、病院併設のいわゆるホスピス緩和ケア病棟ではないので、病棟は、悪性腫瘍だけでなく、あらゆる疾患の終末期(当院の規定で、予後6か月以内と予想される場合)の方に利用していただいている。非悪性腫瘍の疾患は、慢性閉塞性肺疾患、脳血管障害、認知症、神経難病、心不全、腎不全、などであり、全体の約1割程度である。

そして、医療は当然のこととしてケアを内包したものであるのにも関わらず、1999年に介護保険制度が始まって、かえって医療と介護が別立て行われる方向性がむしろ強化されたところもあると感じている。医療とケアが制度によって峻別されることなく受けられる時代への転換が求められている。医療とケアの分断から統合の時代へ、とあえて言いたいと思う。

30年前ごろ、1980年代、私が医者になった頃、こうした声を多く聞いた。「ホスピスには行きたくない。見放された思いだ。」10年前頃、2000年代、私が緩和ケア病棟を始めて数年が経った頃、こう言って相談に来る人が増えてきた。「病院はもういやです。延命治療はしないでください。緩和ケアを受けたいんです。」この数年は、このようだ。「今の病院は3か月たったら出なさいいけない規則だそうです。進行癌ですから、緩和ケア病棟に相談に行ったのですが、まだ早い、今の抗がん剤内服治療を中止してからでないと受け入れられません。在宅が無理なら、介護施設や療養型病院などへ相談に行くようにと、リストをもらいました。」

医療や介護の現場で、それを必要とする人から求められることは、効率化、一律化、経済性からはいちばん遠いところにあるものだ。効率化、一律化、経済性を基盤にせざるを得ない制度とは、医療や介護の現場

では、目指すべきものでなく、最低保障を支える目安である。制度にのるだけでは果たせないことに、柔軟に対応していくことが現場にいるものの役割であると考えている。

さて、延命治療は悪いことなのだろうか。私は、医療は、この世に生まれてからできるだけ健康で長生きをすることを支えるためにあり、医療はそもそも延命医療だと思っている。緩和医療をしっかりと延命になる、そうした緩和医療をやっていききたい。

第2部 パネルディスカッション

在宅での看取りができる地域づくり ～医療・介護福祉関係者の立場から～

パネリスト：(一社)千葉県薬剤師会

在宅医療委員会副会長 眞鍋 知史

～薬剤師の立場から～



この数年、在宅医療に関わる薬剤師が増えてきました。しかし、まだ薬剤師が在宅で何ができるのかは十分に認知されていないのが現状です。

我々薬剤師が、在宅を訪問した際に気になることは、薬から見た患者の療養状態です。「薬をしっかりと飲んでいるのか」、「薬の飲み間違えはないか」、「薬はちゃんと効いているか、副作用は起きていないか」、「薬をどうやって手に入れているか」などやっぱり薬のことが気になります。

薬剤師は、関与することで患者に薬をきちんと服用していただき、病状・ADL・QOLを改善または維持することを目標としています。そのために服薬状況を確認し、悪い場合はその理由を探り、改善対策を行います。さらに、患者の病状・ADL・QOLに薬が与える影響をアセスメントし、薬の効果を最大限に引き出し、影響を最小限にとどめるように薬の使用方法を提案しています。

服薬状況が悪い主な理由として

1. 残薬や併用薬が多くなりすぎて整理がつかなくなってしまうために飲めない。服薬を忘れてしまう。

2. 何の薬か理解していないため、飲まない。
3. 薬の副作用が強いため、飲まない。
4. 特に体調が悪いとは思わないために飲まない。
(自己調節)

5. 錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。

などが挙げられます。患者とコミュニケーションをとることによって原因を探り、それぞれに合わせた対応策を検討、実施して問題解決にあたっています。例えば、残薬が多くなりすぎて服用できない場合は、重複や相互作用、併用禁忌などに注意しながら整理をし、一包化しているものは吸湿性の有無などを確認し、改めて患者の状態と能力に応じた管理方法を提案していきます。その時に服薬介助がどのように提供されているかを考慮する必要があります。服薬の介助者はいつなら介助ができるのか、介助の内容に合わせた調剤方法はないか。服薬回数も介助に合わせられないか、また回数そのものを減らすことはできないか。力価の高いもの、合剤を使用することで薬剤数・錠数を減らせられないか。場合によっては薬そのものを減らすことはできないかを考えています。患者その人が持っている残存能力を十分に活用し、なおかつ介助しすぎないように方法を検討します。

一包化や投薬カレンダー、ピルケースなども利用します。しかし、これらも一長一短があります。一包化は、介護者が服薬介助をする時には必要な調剤方法ですが、何のための薬が入っているのか、飲んでいるのかがハッキリしなくなり服薬拒否につながることもあります。投薬カレンダーは、どこからでも服用することができるために意外と服薬コンプライアンスが崩れてしまうことが多く発生しています。私の薬局では今、お薬を「日めくりカレンダー」化してお持ちすることが多くなっています。これは、全国薬剤師在宅療養支援連絡会という在宅療養に関わる薬剤師の団体が作成したもので1日分の薬を一枚の紙に貼り日めくりにしたものです。これは、薬剤師にとっても、薬局で準備を終えることができ、患者も1日分しか表に出ていないので、服用間違えを大きく減らすことができます。この様に、全国の薬剤師の仲間と協力し、知恵を出し合いながら在宅療養をより快適なものにするべく活動しています。

在宅医療における薬剤師の立ち位置は、兵站を担っていると考えています。ただ単に物を運ぶのではなく、

医薬品、医療材料、衛生材料の効果や有効性を考えて適切な物を適切なタイミングで現場に供給することで医師・看護師の医療の効果をよりよく助けることができと思っています。しかし、まだまだ薬剤師を十分に活用していただけていません。より良い在宅医療を提供するために薬剤師を利用してください。

パネリスト：ふたわ訪問看護ステーション

看護主任 大塚 明子

～訪問看護での看取りの現場から～



●ふたわ訪問看護ステーションの紹介

平成22年に主に船橋市、鎌ヶ谷市、白井市を訪問地域とした中規模ステーションとして、スタートしました。看護師（常勤、非常勤

合わせて）15名、理学療法士2名、事務員2名で活動しています。小児から高齢者まで疾患を問わず訪問し、200～210名の利用者が対象となります。昨年度（2015年度）の死亡者数85名 死亡場所は病院での死亡者が51名 在宅での看取り数34名でした。在宅での看取りのうち、がん終末期の方が30名、非がんの方が（老衰、神経難病）4名でした。

24時間緊急時の対応体制をとっており、がん拠点病院からの訪問看護の依頼も増えています。

●在宅で療養される終末期利用者の訪問看護の事例について。

1. 希望に寄り添い支援していくことができた事例

・A氏 70歳代 男性 消化器がん終末期 腹水貯留による腹部膨満感が強く、入院にて利尿剤などの点滴を行い退院。

・訪問看護の内容：全身状態の観察 苦痛症状の状況把握と対応 下半身の浮腫が強く、倦怠感を伴う辛い症状であったため本人の好まれるマッサージを主に行っていた。

・A氏の希望：お風呂が大好きなA氏は入院中も、入浴のため外泊し、自宅にて入浴されていた。退院後しばらくは家族の介助にて入浴されていたが、病状の進行により、歩行が困難となられ、臥床にて終日過ごされるようになった。時折意識混濁ある中「風呂に入る」という言葉が聞かれた。

訪問入浴サービスの提案もしたが、自宅のお風呂で！との希望。車いす、浴槽台などを使い家族・看護師の介助で湯船にも抱えるようにして入り腹水、浮腫で重くなった身体が浮力で少し軽くなったことや、いつものお風呂に入れたことで「あーこれが一番楽だー」と満足の言葉がきかれた。

・在宅だからこそ・・・最後のお風呂を3回！！

眠られている時間が長くなり、食事ほとんど取れなくなっても、思い出したように「風呂に入る」といわれるとの、家族からお話があり、入浴でさらに体力を消耗させることを懸念するよりも、本人の大好きなお風呂にはいれるようにと、本人の希望をかなえたい御家族の気持ちも支援するため看護師2名と家族で、「これが最後のお風呂になるかな」と言いつつ抱えるようにして短時間の入浴をおこなった。

この最後のお風呂をその後2回行うことができ、3回目のお風呂から3日後に御家族に見守れながら息を引き取られた。

2. 一人暮らしの終末期を在宅チームで支えることができた事例

・B氏 女性 70歳代 すい臓がん 手術、化学療法後体力低下著しく治療は中止 体調観察、緩和ケアのため訪問看護導入 外来通院されていたが通院も困難となり訪問診療が導入 訪問看護は週1回、体調観察、リラクゼーションのためのマッサージ、精神的支援を行っていった。

波乱万丈に生きてこられ、生活保護を受けアパートに一人で生活されていた。兄弟は遠方に居住されており、家族の支援を受けるのは困難な状況だった。

病状が進行し、トイレへいくことも困難になり、本人へ入院するかどうかの意思確認を往診医、訪問看護師で行い「一人でも家に居たい」気持ちを確認し、在宅チームを強化。

疼痛コントロールのためのオピオイドの貼付剤張り替えや体調観察、精神的支援などのため看護師が連日訪問、往診医へ病状を報告、時間差で1日2回入るヘルパーとメモや電話で連絡を取り合い訪問時以外の状況把握、亡くなる1週間前には付き添われるのは困難とおもわれた家族が来られ、B氏も嬉しそうにそして安心された様子をされながら息をひきとられた。

●終末期における訪問看護師の役割について

全人的なアセスメントを行いケアを行う

◇身体的な症状のコントロール・・・痛み・吐き気・呼吸困難・倦怠感・浮腫などの症状緩和のためのケア

◇精神的・スピリチュアルな苦痛へのケア、社会的な苦痛への対応

◇日常生活への援助・・・本人・家族の希望に添いながら生活の場や病状に合った援助を行う

◇家族、介護者の看取りの支援・・・一歩先を見据えて、起こりうること、対応について

◇緊急時の対応・・・24時間体制で相談への対応、訪問

◇意思決定の支援・・・治療の継続や中止 療養場所の選択 症状緩和のための薬の使用方法についてなど

意思決定支援をしていく上で本人、家族の気持ちは揺れ動くことを理解しその揺れに寄り添う支援をしていくこと。→本人、家族の代弁者として在宅チームに働きかけていくことも大切な役割と考えます。

パネリスト：千葉市あんしんケアセンター桜木

センター長 赤間美恵子

～介護福祉の関係者の立場から～



千葉市では、高齢者の方の身近な総合相談の窓口として「千葉市あんしんケアセンター」を24カ所設置しており、平成29年4月には30カ所に整備される予定です。介護保険法では「地域包括支援センター」と言いますが、千葉市では、高齢者や市民に親しみやすいように「千葉市あんしんケアセンター」という名称になっています。

あんしんケアセンターには毎日様々な相談が寄せられていますが、「介護保険制度・サービスに関すること」が一番多く、46.9%（平成27年度実績）と半分近くを占めています。次いで、介護者も高齢になったり、認知症になったりして在宅生活が難しくなった時の「施設入所に関する情報提供」の相談が9.6%、「認知症・精神疾患に関すること」9.1%、「医療・保健に関

すること」7.1%、「経済的問題に関すること」7%となっています。

在宅での看取りができる地域づくりの一環として千葉市が今取り組んでいるのが、多職種連携会議です。千葉市医師会が千葉市より委託を受けた「千葉市在宅医療推進連絡協議会」を中心に、平成25年度は千葉市中央区、稲毛区でモデル事業を実施し、平成26年度からは各区で年2回開催することとなりました。

若葉区でも、平成26年7月11日を第1回目として、千葉市医師会、千葉市歯科医師会、千葉市薬剤師会、千葉市介護支援専門員協議会、千葉県訪問看護ステーション連絡協議会、千葉県看護協会、千葉県理学療法士会、行政等78名の参加で開催いたしました。会の企画、運営等は各団体と相談しながら、若葉区内あんしんケアセンターが共同で行っています。事例は、「夫婦共に要介護状態の高齢者支援」と「精神疾患の方の多職種連携における在宅支援」を検討し、関連するミニレクチャーは「地域の助け合い活動について」と「精神疾患を持つ方を支援するための留意点」を行いました。この時のアンケートからは、顔の見える関係ができた、困った時誰に相談したら良いのか解った、精神科の専門医の話を聞きたい、地域のケアマネジャーの参加が少ない等のご意見がありました。

平成26年度第2回目は、事例検討は、「母子共に支援が必要な障害者世帯の支援」を話し合い、精神科の専門医のミニレクチャーを行ってもらいました。平成27年度も27年7月と28年1月の2回開催し、それぞれ「退院時模擬カンファレンス」、「日中独居で在宅療養するALSの方の支援」を話し合いました。

今年度は、平成28年7月22日に開催し、「在宅酸素療法の方の支援を多職種で考える ～長い支援経過の中で体調の変化と介護者を含めた支援～」を話し合いました。この事例は、夫と二人暮らしの83歳女性、平成19年要支援2、平成22年要介護1、その後入退院を繰り返し平成24年要介護4、訪問診療、訪問看護、訪問入浴等の利用となり、ケアマネジャーとしては、身体状況の変化に応じたケアプランの作成、サービスの調整が必要でした。平成28年春からは病状が悪化し、毎日サービスが入る体制を構築し、7月には、訪問看護を毎日、別居の家族の泊まり込み等行ってもらい、本人や家族を一人にしないということを目標にしました。10年に渡る長い期間には、サービス事業所や家族関係

等の問題がありましたが、家族、医療と介護・福祉の連携でこの会議の直前に、在宅で最期を看取ることができました。

このように多職種連携会議や地域ケア会議を重ねることによって、多職種の顔の見える関係や在宅で看取ることのできる地域を作ることができるのではないかと、そして、千葉市あんしんケアセンターはそのコーディネーターとしての役割を担って行きたいと思っています。

パネリスト：(株)クリーンメイト千葉サービスセンター 管理者（介護福祉士）渡辺智恵子



私達は、介護保険制度がスタートした平成12年に事業所を立ち上げ、居宅介護支援と訪問介護事業を開設し現在に至っております。今後、医療依存度の高いご利用者様がが増えていく中、地域ケアを支える事業所としては、更に質を高め、安心した在宅生活を支援させていただく必要があると考え、本年6月、訪問看護ステーションも新設いたしました。

まず、当事業所におけるご利用者さまの生活状況をご報告します。

<ご利用者生活状況> (60人中)

独居	28人
夫婦のみ	11人
日中独居	10人
家族支援	11人
合計	60人

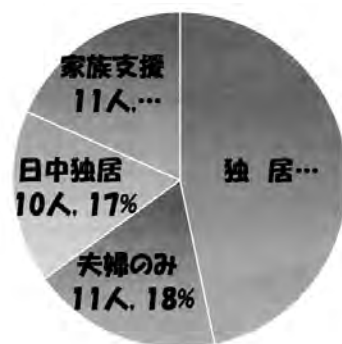


表1

独居・夫婦のみの家族支援のない方達や昼間の支援のない、日中独居の方達が82%を占めています。(表1)

<医療・介護サービス利用状況>

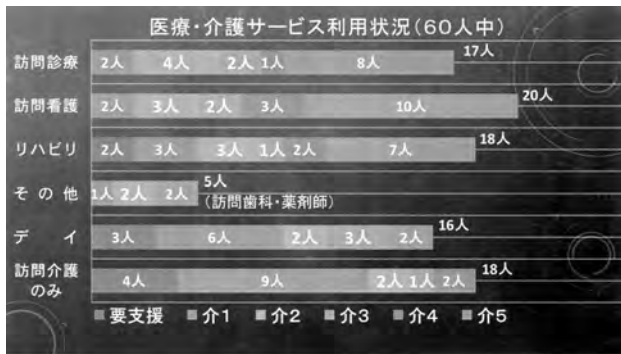


表2

サービス利用は重複。要介護状態を色分けしています。
 訪問診療・17名 訪問看護20名
 リハビリ・通所・訪問を含む18名
 その他（訪問歯科・薬剤師・嚥下リハビリ）5名
 デイ16名 訪問介護のみ18名

<看取り件数>

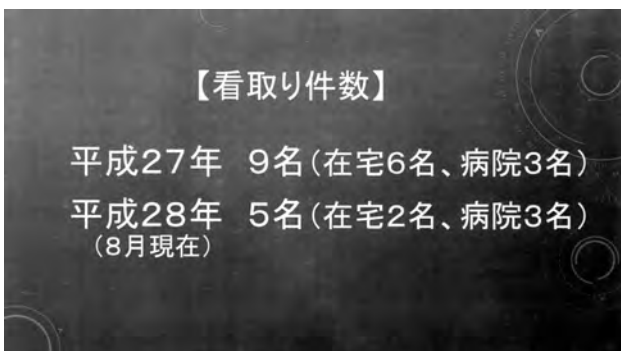


表3

昨年の看取り件数9名の内、在宅6名ギリギリまで自宅で過ごされ病院で亡くなられた方3名。
 今年に入り、8月現在で5名。在宅2名。病院3名。

次に、私達が取り組んだ事例を紹介いたします。



昨年9月に自宅整理の為に退院され、訪問介護を利用されていた方です。プロのギター奏者で、ヘルパー訪問を開始して間もなく、輝いていた頃のお話を沢山して下さるようになりました。1ヶ月が経過し、社内でクリスマス・ミニ・コンサートの開催を計画していると話したところ、「僕にも15分位でいいので、演奏させてもらえませんか？」とのご依頼がありました。

これまでギターケースを開くことなく、仕舞ったままの状態とのことでした。ご本人様の願いを叶えてさしあげようということになり、急遽趣旨を変更して11月28日(土)にギター演奏会を開催する事に致しました。

当日は、ご本人様をお支えしているケアマネジャー、在宅医の先生、訪問看護師さん等、多職種の皆様からご支援をいただきました。妹様も付添いのため東京からお出で下さいました。当社スタッフの家族も参加し、子供たちによる花束贈呈もありました。

時折、手を休めながらの演奏でしたが哀調を帯びた魂の響きは、参加者の心に大きな感動を与えました。

この時、余命2か月の宣告を受けてから3か月が経過していました。

当初の方針通り、整理が終了するまでご自宅で過ごされて、年末の28日に病院に戻られました。そして、年が明けた今年の1月4日に宣告を受けてから丁度4か月後にご逝去されました。

この事例は、純然たる在宅での看取りではございませんが、今回のテーマである「在宅での穏やかな人生の最期」を迎えられたケースとして、ここにご紹介させていただきます。

在宅の看取りの経験の中で、心に残った言葉があります。ベッド脇で掃除機をかけていた時に、「うるさくないですか？」とお尋ねした時、「いいえ。家で聞えてくる水の流れる音や、生活音は心が落ち着き癒されます。」という患者様の言葉でした。

私達介護職は、人生最期の時間を、ご家族様と一緒に最も身近なところで関わらせていただくことになります。

人生の終末を穏やかに過ごしていただけるよう、専門性を身につけて医療と介護の垣根を無くし、顔の見える地域作りに今後も努力していく所存でございます。

以上、私達の事例報告を終わります。



受付の様子



基調講演座長の平山部会長



基調講演の様子



パネルディスカッション座長の中村委員



パネルディスカッションの様子（その1）



パネルディスカッションの様子（その2）