

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2016年度（後期）指定公募
「市民の集い開催への助成」
完了報告書

指定テーマ

「在宅医療」知っていますか？家で最期まで療養したい人に。

申請者：中村義美
所属機関：在宅看護研究センターおおさか
提出年月日：平成29年11月27日

市民講座プログラム

「在宅医療」を知っていますか？家で最期まで療養したい人に。

- 13:00 開場・受付開始
- 13:30 市民講座開始 総合司会 中村昭代
主催者挨拶 主催者 中村義美
- 13:40 第1部 提言「在宅での看取りに求められるケアチーム個々の役割」
1. 在宅ホスピス医 金子紳一郎氏 30分
2. 訪問看護師 植田久江氏 20分
3. 介護職 池田清美氏 20分
- 14:55～15:00 休憩及びグループワークの準備
- 15:00 第2部 グループワーク「在宅ケアチームに望むこと」
- 16:00 第3部 講演「未来に向けて求められる個々の力量」
村松静子氏
- 16:55 閉会

第1部 提言「在宅での看取りに求められるケアチーム個々の役割」

1. 在宅ホスピス医 金子紳一郎氏の提言

1) 問題点

訪問診療・・・内科が多く外科はなおざりになっている。

2016年から療養病床の削減にともない退院が勧められ施設や自宅が受け皿になる。虐待・事故・トラブルがクローズアップ、しかし医療（訪問診療）を改善すると問題を減らすことが可能。

質のよくない訪問診療も存在する。救急をなおざりにしている。訪問診療はチーム医療からはずれている。

2) どのように進めていくか

在宅は、医療知識のない人が中心となり世話をする。介護者に講習会等で必要な知識を得てもらう。

介護者のスキルに合わせて、積極的なサポートが必要である。

個人宅の看取りでは、本人に対して、苦痛を軽減する終末医療を提供する。

家族の精神的なストレスが強いのでそのケアが重要。患者にとって自分の介護が正しいかが不安。患者の

実情にあっていないこともある。自分が不安なため患者に優しくできないことも。

相談を受けたら具体的な返事をする。様子を見るときは言わず〇〇の時は連絡して下さいと具体的な説明をする。些細なことでも相談しやすい療養生活に寄り添う医療が理想である。

3) 訪問診療とは、体調不良時のみ自宅で診療を受ける「往診」とは異なり、医師が定期的に自宅や施設を訪問し、診療を行う。定期的・計画的医療。24時間の連絡可能な体制を義務付けられている。

適応となる人 ① 通院困難な人

② 入院したくない人

③ 寝たきりの人

④ 自宅や施設での療養・ケアを望む人。

⑤ 自宅や施設での終末期医療を希望する人。

4) 訪問診療で可能な医療処置

定期的な診療、月2回が平均的

処方箋の発行、診断書・紹介状の発行

バイタルサインの測定

心電図、血液検査等

バルーンカテーテル交換

縫合、床擦れ処置

鎮痛剤、ブロック注射、点滴、予防注射

療養生活指導（一番大切）

終末期医療

*訪問診療の更なる必要性…2025年問題

事例：80歳代の夫婦二人暮らし。妻がリュウマチ・認知症。患者が思ったよりも薬を飲んでいない。

勝手にやめる。量も飲むタイミングも自己判断。カプセルをばらして飲む。古い薬を飲む。

他人と薬のやり取りをする。投薬のコンプライアンスがない。服薬の意思確認、薬の大きさなど

形態の問題があり、薬の量、回数が多い等。介護者の問題として薬を貰いに行く人が薬の理解をしていないこともある。

5) 場によって医療的な役割を担う人が異なる

老健・・・医師

介護老人福祉施設・・・看護師

グループホーム・・・介護職のみが常駐、訪問診療として医療・看護が関わる

サ高住・・・現状は様々？

有料老人ホーム・・・価格によって大差がある

6) 医師の役割

チームケア(医療・看護・福祉・薬・リハビリ)は、だれが中心になってもよいが医師のプロデュース力が必要。自発的に働きかけ、責任をもって情報を周知徹底させる。家族(介護者)のフォローアップは、医師が2割、看護師が8割と考える。

*診察場面のスライド等、パーポイントを使用して解説された。

2. 訪問看護師 植田久江氏の提言

1) 訪問看護の対象者として、家族介護者が最も困窮する対象として認知症、特にアルツハイマー型をパーポイントで説明される。

2) 在宅ホスピスの症例

症例1

年 齢：82歳 性 別：女性

病 名：多発性肝細胞癌 (TACE=肝動脈化学塞栓療法3回実施)、食道静脈瘤

既往歴：高血圧症、糖尿病、間質性肺炎

家族背景：長女(小児がんにて抗癌剤治療中)と二人暮らし、隣家に長男夫婦、自営業にて次男も自宅に出勤

訪問診療開始状況：TACE3回実施、癌の病態制御は困難。食道静脈瘤破裂による吐血や肝性脳症、腹水貯留の可能性が高いと病院主治医より説明を受ける。
自宅療法を本人が強く希望されているとのことで地域医療連携室より打診を受け退院前カンファレンスに出席、希望を確認し訪問診療契約となる。

在宅療養期間：H29.4.24～5.29 (5.29 永眠)

介護保険サービス：訪問介護、訪問入浴、介護ベット・エアーマットリース

医療保険：在宅がん医療総合診療、訪問薬剤指導

病状経過：退院～1週間 寝たきり状態も意識鮮明、希望をはっきり伝えられる状態

1～2週間 腹痛出現、排便困難、黄疸出現

3～4週間 在宅酸素療法開始

～死亡 血尿・血便、死亡3日前より肝性昏睡

訪問看護内容：保湿ケアやマッサージ、排便コントロール(浣腸)、腹囲測定、食事アドバイス、バイタル測定、シップ貼用、状態観察、褥瘡処置、陰部洗浄、更衣介助、

備考：8名にて24時間介護。主たる介護者は長女であるが、幼少に発病した小児がんのた

め抗癌剤治療中、兄二人が献身的にサポートをされる。退院前カンファレンスより積極的な治療は望まれず終末期医療を希望される。

症例 2

年 齢：82 歳 性 別：女性

病 名：腭頭部癌、転移性肝癌

既往歴：高血圧症、腰椎圧迫骨折、認知症、閉塞性黄疸（胆管ステント留置）

家族背景：次女と二人暮らし

訪問診療開始状況：H29.2 入院にて化学療法（抗癌剤治療）実施。次回より通院による化学療法となるため、地域医療連携室より訪問診療の打診を受け退院前カンファレンスに出席、本人・ご家族のニーズを確認し訪問診療契約となる。

在宅療養期間：H29.3.28～9.10（9.11 永眠）

介護保険サービス：住宅改修、訪問入浴、介護ベット・エアーマットリース

医療保険：在宅がん医療総合診療、訪問薬剤指導

病状経過：退院～1 ヶ月 自宅内を独歩にて生活、消化の良い食事を摂取、痛みなし

1 ヶ月～2 ヶ月 吐気出現し摂食量低下（流動食に変更）右上腹部の腫瘤増大、痛み出現（腰部・右季肋部痛）、点滴開始、座薬使用（制吐剤）

訪問看護内容：保湿ケアやマッサージ、排便コントロール、腹囲測定、食事アドバイス
バイタル測定、シップ貼用、状態観察、抹消点滴、褥瘡処置、陰部洗浄
更衣介助、口腔ケア、ポート針交換、ポート管理

備考：2 度目の退院前カンファレンスにて、ご家族が帰郷（徳島）を強く希望されていた。移動距離が長く断念、徳島よりご親戚に順次面会に来ていただく。
死亡1週間前には離れて暮らす長女が介護に参加、吐血前日にお友達を呼び誕生日会を開催。介護者が次女のみのため不安感が強く、日に数度の電話での相談。訪問の際には傾聴に努める。

3. 介護職 池田 清美氏の提言

小規模多機能において家族と共に看取った 2 事例を紹介する

事例紹介 1

在宅で夫婦で生活(夫 88 歳妻 85 歳)

子供達は結婚し独立、他府県に住居がある。

夫の視力が落ち、又妻も乳がんを持っていた為、在宅での生活に不安が生じ、夫婦で「小規模多機能型居宅介護」利用。

朝、近くの喫茶店に 2 人で「モーニング」を食べてから、「エルフ」に来所。入浴、

昼食、レクなどをして1日を過ごし、夕方家に戻る。順調よく生活をされていたが、夫の認知症が進行し家で徘徊など妻1人では、対応困難となり、「小規模多機能型居宅介護」の泊りサービスを夫が利用する。日中は、以前と変わらずの生活、夜間は夫は施設、妻は家で過ごす事となる。夫が体調を崩し、病院へ受診するも確たる病名などはなく、「高齢」と共に生じる機能低下と言われる。子供達、妻、施設が話し合い、妻のたつての希望で「最後まで今まで通りの生活をし、最後の最後となった時は、エルフさんでお願いします。」と、言われる。往診医との話し合いでも「延命はしない」となる。

何かあれば、往診医に連絡する。食事が著しく低下し、歩行も自力にできなくなり、居室ではぼんやりと寝たきりとなると、朝妻が家から施設に来て、枕元で過ごす日となった。妻の食事は、施設で提供し、気が向けばフロアに出てこれレクなどを楽しまれた。夫のケアは、全てこちらで行う。排尿が困難となり、往診医から「そろそろでしょうかね」と言われ、その日から、妻も泊り利用をすることになる。夜間は別室で就寝し、何かあれば声をかける事。お亡くなりになるその夜、妻は職員に「今夜は、お父さんと同じ部屋で寝てもいいか?」と言われ、夫のベッド横にソファを設置し、寝てもらうことにする。夜中の2時頃、ナースコールがあり夜勤者が訪室すると呼吸が小さくなっている事を確認そのまま立ち会う事とする。妻が夫の手をさすりながら声をかけ、ゆっくりと大きな息を2・3回された後息を引き取られました。別の職員が往診医に連絡。子供さんには、妻が連絡。妻の体調も考えて、往診医が来るまで自室で横になるように促す。

朝方、往診医と子供さんが来られ、死亡確認となる。

妻は、「ゆっくりと見送れて良かった」と言われた。

事例紹介 2

67歳男性。娘夫婦と同居。

胃がんであらゆる治療を行ったが、余命2ヶ月と言われ、自宅に戻った。

娘夫婦は働いているため日中家に1人でできない、又帰りも遅いため普通の在宅サービスでは、対応が困難とのことで小規模多機能型居宅介護サービス希望となる。

受け入れに対し、迷いもあり職員・管理者・ケアマネが主治医と面談、状態や対応方法を確認する。施設の看護師はパートの為時間制限はあるが、出来るだけ協力する。

朝、娘が出勤前にお迎え→施設で過ごす→夜遅くに送る、食事は3食こちらで提供。

本人の体力が送迎に影響し、泊り利用に変更し、娘が帰宅後施設に来る、そのまま過ごす日もあれば、夜間遅くに帰る日もある。痛みが出現し、強い痛み止めが処方されその管理も施設が行なう事となる。入浴、1人介助から2名介助になる。本人が入浴が好きとのことから希望に答えていたが、体力の消耗が激しい為、娘に相談するも「本人の意向に沿って欲しい」と希望する。定期的な受診も施設で対応し、そのうち娘が来訪する時間が減少。ケアカンファレンスを開催し、現状報告と共に娘の関わりについて話し合う。娘から「弱っていく父親を見るのが辛い」と本音が聞かれ、娘の心情を聞く事で

前向きになってもらう努力を行なう。「施設の者が寄り添うので」の言葉に安心した様子。食欲がダウンしベッドから下りる体力もなくなって来たが「何か食べていものは？」など会話すると「鍋が食べたい、みんなで」と返答。職員と相談し、昼食に寄せ鍋をする。フロアに車椅子で出て来られ、他の利用者、職員とで鍋と囲むと笑顔が出て、3口ほど食べる。娘が来訪しても開眼せず眠る日が多くなって来た。時折、痛みのためか顔を歪める時もあり、その都度娘は声をかけ、体を擦る。痛み止めは、ほとんど服用せず。

余命 2 ヶ月は、とつくに過ぎた夜、職員が訪室すると呼吸が浅くなっていたため娘に連絡。その間に他職員が寄り添い声をかけ、唇が乾燥していたので、ガーゼに水を含ませ軽く拭き取ると少し開眼し、笑顔を見せ又閉眼。

娘が到着した時は、穏やかな表情で眠るように息を引き取った。

第 2 部 グループワーク「在宅ケアチームに望むこと」 15 : 15 ~ 16 : 10

1 グループ 6~7 人とし、司会・書記はあらかじめ在宅ケア関係者・メッセージャーナースに依頼した。発表はせずにグループ内での話し合いに、時間をつかってもらうこととした。以下、記録用紙から要点をまとめた。

- 1) 介護保険関連
 - ・介護保険のことをもっと知りたい
 - ・制度に振り回されて本末転倒である
 - ・小規模多機能の看取りは制度上難しい。がんは医療保険、昼間のデイは介護保険

- 2) 看取りについて
 - ・終活を考える必要性
 - ・40代、50代から人生の最後を考える必要がある
 - ・死の教育の必要性
 - ・最期の場所は家が良い
 - ・訪問診療の医師は在宅でも可能というが現実には難しい
 - ・死亡確認のタイミング、診療時間内は遅れることも、夜間は直ぐに駆けつける
 - ・昼間のケアを充実させ、できるだけ夜間困らないように
 - ・経過や予測されることを伝えていく
 - ・延命治療についての意志を書面にしている
 - ・母が納得できる終末を迎えるには何が必要か知りたい
 - ・いつまで家に居られるか
 - ・それぞれの場における費用は
 - ・本人の希望がはっきりしているとよい
 - ・本人の話を十分に聴くことが大事
 - ・医師は最後まで薬物で治療しホスピスに、やりたいことができる時期を考えて
 - ・ヘルパーチームで看取りをした
 - ・後見人がいてケアマネ、ヘルパーが本人の在宅での看取りという希望を理解した
 - ・血縁以外の看取りが今後、増えるのでは
 - ・両親を自宅で看取れなかったのは決断力がなかったから

3) 不安要素

- ・漠然とした不安
- ・経済的なこと
- ・相談場所がない
- ・病状で困った時の相談
- ・在宅で生活維持できるのか
- ・成年後見の対象は
- ・家で見たいけれど家族も働かなければならない
- ・民生委員の力量に差が有る
- ・団塊の世代の積み残し、今の生産世代は自力で生活しているか
- ・実母が乳がん、祖母が 97 歳主たる介護者は自分だが仕事がある
- ・何科を受診してよいかも判らない
- ・肉親ががん、医師から説明を受けたが理解できないこともあった
- ・患者会活動においてさえ疑問を口に出しにくい
- ・状況やその時々の方持ちの変化を理解してくれる人が必要
- ・看護師であっても自分のことや、肉親のことには声を出せない
- ・医師はいまだに治療が一番という人もいる
- ・質よりも命の長さにこだわる医師が居る
- ・治療のルールに乗る前に「治療しない選択」を伝えられるか
- ・知識がないと疑問があっても納得せざるえない
- ・苦痛があり、多くの医療機関にかかり、薬が増えた
- ・医療・看護・介護すべてを拒否する
- ・サービスを受けているのを他人に知られたくない人がいる
- ・老健から実母を引き取るのに妻が反対。近医が診てくれた
- ・親のことを他人任せにするのかという非難の目がある

4) 必要なサービス

- ・問題を整理してくれる人
- ・地域の力が必要
- ・高齢者の潜在力を引き出す様なサービス
- ・必要なサービスが必要な人にいかない
- ・作業療法士の視点が活かされた職場
- ・閉じこもりやうつ状態を作らない環境作り
- ・患者や介護者の話を食事をしながら聴いてくれる、「集い場さくら」
- ・環境作りは、プロの仕事
- ・生物視点ではなく人としてみる。例えば「水分補給」ではなく「ティータイム」
- ・食事やお茶が選べるサービス
- ・要介護 5 の母を家で見たいが仕事があるので無理、使えるサービスも少ない
- ・地域格差が大きい
- ・岡山はサービスが充実しているが選択が難しい
- ・隣近所の助け合いも大切、インフォーマルなサポートが必要
- ・床に倒れただけでも一人では起こせない
- ・メッセージャーナースのように寄り添ってもらえるサービス

5) チームケア

- ・医療に問題のあるケースをいきなりヘルパーに依頼してくる
- ・要医療のケースを医療なしでデイサービスに依頼してくる
- ・ケアマネジャー、ヘルパーで医療的判断ができないのに繋がない危険な事例
- ・予防的ケースに訪看を入れず、重症化してからの依頼が多い
- ・担当者会議の内容が充分生かされていない

- ・ケアプラン以外のことをすると必要なことでも問題化されてしま
- ・介護保険の制度に振り回されて本末転倒している
- ・監査で多職種連携の不足を指摘された
- ・チーム間の連絡、連絡ノート等の活用をすることが大切
- ・薬剤師がチームに入れていない
- ・複数受診で同じ薬効の薬を処方されている
- ・担当者会議で問題点を明らかにする

- 6) コミュニケーション
- ・受ける側の心理がわかる人にサポートしてほしい
 - ・ネガティブをポジティブにかえることばがほしい
 - ・ダメダメではなくいいことを伝えてほしい
 - ・心の中のことを外に出せる相手が必要
 - ・明るい未来が描けるような言葉の掛け方
 - ・長寿になると知り合いが減るが地域のイベントへの参加を促す
 - ・男性はコミュニケーションが苦手な人もいる
 - ・女性のほうが活発なのでリハビリは進めやすい
 - ・訪問看護師やケアマネは、仕事が終わると即帰る、ゆっくりと話せない孤独感

- 7) その他
- ・一人で抱え込むと追いつめられる
 - ・医療・看護が在宅の入り口になりやすい
 - ・周りに頼ることが大切
 - ・訪看さんには話しやすかった
 - ・猫を飼うと徘徊しなくなった
 - ・訪問看護を知らない人が多い
 - ・メッセージナーズの認知度が低い
 - ・大阪は、サ高住が一番多い
 - ・医師よりも看護師の出番が多い
 - ・薬より、看護師が本人の意欲が出るように関わり、自然治癒力を高める
 - ・親族から決断を迫られた
 - ・大病院にさえかかっておけば最期まで診てもらえると思っている人がいる
 - ・複数受診で同じ薬効の薬を処方されている

3部 講演「未来に向けて求められる個々の力量」 16：15～16：55

村松静子氏

未来に向けて求められる個々の力量とは、実証可能である能力、実際に能力の根拠を示して納得してもらう

あなたはあなた、私は私でいいんです。

持っている心と力を磨いて精いっぱい出し合わなくては。

在宅ケアチームに望むことは、心が伴った行動でなければつながらない。

重なり合うことが大切。

2011年 福島 セカンドハウスよりどころ「ここさくらんしょ」小規模多機能と似ている。

心がひとつのところ

今の福祉の中心は、医療だったりすることもあるがそれは、違う。

自分らしさを貫くためには、生き方を修正しなくてはならない。

「家の中を大通りにしたら(ナースが入ったら)楽になりました。」

家庭生活とは創意工夫が求められる場

「あなたにはあなたの生活の仕方があるように、私には私の生活の仕方がある」

「家の中に閉じこもっているわけではない」

病院か施設か在宅かという選択肢には制限がありすぎる。

「家庭は、家族一人一人が思いを込めて作ってきたものです。」

「私たちと同じ目線で話してほしい、単なる技術者では困るんです。」

「必要な時に必要な看護を必要なだけして頂ければよい必要以上にされたら、パニックになってしまいます」

「入院したらただ治療するのはやめてほしい。この時間は今しかないのだから」

広がるメッセージナーズの輪、

看護師だからできるということではない。ご本人の心をいかに伝えるか伝え方を考える。個々の持ち味を出し合ってそれが一つ一つ繋がり、紡がれれば大きくなってみごとになる。

インフォームドコンセントの裏で「最期まで私は、私でありたい」どのようにすれば叶えられるでしょうか。

自分を見失ってはいけません。だからこそメッセージナーズが必要

「死の瞬間」の著者、キュプラロス「自分が死ぬ時は、あるがままに死を迎えたい」

他人に世話されることの必要性、愛を受け入れることに葛藤

「私は、まだ、死んでないのよ」・・・ユーモアセンスがある

「孫のために一口、娘のために一口、あなたのために一口…「もういらない」

「僕のために一口、・・・「それなら」と2口食べてくれた。

「最期に受け取るべきは愛である」「人間らしい」

元気に生き抜き自分の家で死にたい、8つの心のしおり

今、求められている「つなぐ」看護

- ・察して行動する
- ・繋いで紡ぐ
- ・紡ぐには、察する勘が必要
- ・相手の心に向き合う目と手が不可欠
- ・自分の家で最期を迎えたいと思ったら、その本音を伝え、意思を強く持って行動すれば道は、開かれる
- ・自分自身の確固たる信念が未来への扉を開き、自分らしい死が実現できると信じて行動を起こすべき

遠藤周作氏 「人間がこんなに哀しいのに主よ、海があまりに碧いのです」

楽しい時も悲しいときも自然体で!!

在宅療養の実際のスライドをパーポイントで提示される

【感想】

1) 第1部について

金子、植田両氏は、市民講座は、一般の人が対象ということで在宅医療・看護の一般的なことを話して下さいました。打ち合わせ時に「看取りの事例を」とお願いしましたので事例の準備もして頂きましたがタイトルの「在宅医療」知っていますか？に合わせていただいたようです。時間の関係もあり、事例にかける時間が短くなり演者、参加の方に申し訳ないことになりました。しかしながら、入院で見るような重症例を在宅でサポートされていることをリアルに確認できたのではと考えます。

池田氏の提言は、小規模多機能型の施設における看取りの可能性を教えていただきました。ご本人の希望を核に家族の事情とのバランスを取り、双方にとって悔いのない看取りに果たす介護職の力量を感じました。また、医療・看護との連携強化も不可欠です。今後、介護職が看取りの役割を担う機会が増えると考えられます。介護職に必要な研修やストレスに対するフォローアップが必要と考えました。

2) 第2部について

時間が押しているにもかかわらず、スムーズにグループワークに入っていただきましたし、発表を気にかけることなく集中していただきました。疑問や矛盾が解決したわけではありませんが、各グループに専門家が居るので質問や情報交換をしていただきました。グループワークの間、参加者の表情が良くなっていくことに気づきました。介護家族の体験や心の持ち方等、生の声を聴いていただいたことは、参考になったと思います。

3) 第3部について

療養者・家族の様子をパーポイントで沢山見せていただきました。多くの方が涙しました。そこに真実の家族愛、大切な人とのかけがえのない時間の過ごし方を見ました。困難ばかりに目を向けていては何も始まらないことを肝に銘じたいと思います。

今回は、出席者 69 名（演者・主催者等 7 名を除く）、アンケート回収 57 名（回収率 82.6%）でした。

途中、パーポイントが作動しない時があり、参加者のご指摘通り予備の PC を用意していたのですが速やかに対応できずにご迷惑をかけてしまいました。大きな反省点です。

今回の市民講座は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成によるものです。
ありがとうございました