

在宅医療現場における問題点



当院訪問看護師現場からの声

診療所

在宅医療の基本的価値が分かっていない

- ✓ 急変時、往診はせずに受診すれば診察をする。在宅看取りはしない。呼吸停止状態になっても病院への搬送を指示する。
- ✓ 時間外に主治医と連絡が取れない。
- ✓ 緊急時の医療行為を看護師に依頼される。
- ✓ 在宅介護困難となった時、利用者の入院他の対応がスムーズに行かない。

当院訪問看護師現場からの声

急性期医療現場の認識不足

総合病院

- ✓ 主治医が多忙で、面談は利用者の受診時しかなく、利用者も同席しており、詳細が聞けない。
- ✓ 主治医との連絡は連携室を通すため、伝わらない。
- ✓ 外来看護師と連絡を取り、主治医とアポを取らないと会えない。
- ✓ 終末期や神経難病、予後不良な利用者への説明が不十分で、その対応に戸惑う。
- ✓ ケア会議に参加してもらえない。
- ✓ 指示書の交付が遅く、流れが非常に悪い。

医療現場における問題点

地域包括ケアシステムは時代の必然

在宅医療は



医療専門職の地域包括ケアに関する理解
が大切

在宅医療に



介護保険制度他の社会の仕組みに最も関心
が薄いのが、急性期医療現場の従事者

急性期病院の現状

90歳 女性 肝臓癌

主治医より余命数週間と説明

上部消化管出血に対し、繰り返し輸血、胃管挿入
低栄養に対し、高カロリー輸液

患者さんは家に
帰りたい。

家族は先生か
らの指示だから
仕方がない。

主治医から家族へ、「家で輸血は出来
ません」。「こんな状態で在宅は無理
です。」

やっと管が
抜けて楽に
なった。有
難う。

転院後直ちに、点滴と胃管・尿道カテーテルを抜去し、在宅
看取りへ向けての準備を開始した。しかし、時遅く4日目に
病院で永眠された。

在宅医療の説明がなく、先生
の指示に従うしかなかった。大変残
念です。

看取り患者の実際 (99歳女性・脳梗塞)

臨床経過

認知症・車椅子レベルでグループホーム入所中に脳梗塞発症。総合病院に搬送。急性期治療後寝たきりとなり、経鼻栄養・尿道バルン留置下で当院に転院。意思疎通困難。発熱あり。



直ちに看取り医療を提案。家族も望んでいたため胃管・バルン抜去。1週間で受け入れ準備が出来たため、施設看取りに切り替えた。



訪問診察下で皮下輸液のみ施行。発熱なく、吸引の必要もなく、1ヶ月後静かに旅立たれた。

紹介先への返事

経過

何時も大変御世話になっています。

7/12 急性期治療後の全身管理目的で御紹介頂いた[REDACTED]ですが、全介助・完全寝たきり・経鼻栄養下・高齢・今回発症前から認知症のため意思疎通不可・等から、家族と今後の方針につき直ちに話し合いを持ちました。結果、看取り医療を選択されたため、胃管を抜去し皮下輸液(500ml/日)に切り替えました。そして、ケア会議後の7/15に住み慣れた施設での看取りのため退院となりました。以後、私が訪問診察を行い、施設看取り開始1か月後の8/19午前10時7分に、多くの施設職員や家族に見守られながら旅たたれました。この間、ほとんど医療行為は行わず、自然に枯れるように経過して行きました。また、約1ヶ月の看取り期間中に、御家族も死に対し受容が出来、最後は笑顔も見られました。以上、御報告申し上げます。

自然死・平穏死

医療法人けやき会 東 病院

東 雅司



紹介先からの返事

診断 #1. 多発脳梗塞（右中大脳動脈梗塞）#2. 心不全、#3. 認知症、#4. 左乳がん疑い、#5. 下顎脱臼、#6. 肝機能障害

紹介目的・症状経過・検査成績・治療経過・既往歴・家族歴

この度は[REDACTED]殿の転院を引き受けていただき、また最後までご加療いただき誠にありがとうございました。

脳卒中、特に脳梗塞は明らかに高齢者から超高齢者へシフトしており、明らかに心臓由来と考えられる脳塞栓が増加しています（データ上も実臨床上も）。ベースには心不全、心房細動がある事が多く、心臓の加齢現象の影響も大きいように思います。

超高齢者の医療に関してどこまで行なうかは社会的なコンセンサスもまだ曖昧で有り、当方も現状では救急時には通常の治療を選択するほかなく、当面の問題はその後であるように思っています。

その中、ご家族もご満足いただく医療を施していただき大変ありがとうございました。

今後ともお世話になることもあるかと存じますが、よろしくお願い申し上げます。

ご加療ありがとうございました。

みな順番にやって来る死を迷いなく
受け止める文化



看取りの文化

~~死を遠ざける文化~~

取り戻すためには、医療介護を含めた
多職種連携が必要

地域包括ケアシステム

在宅施設看取りの推
進が地域包括ケアの
充実につながる。

看取り 平穏死 自然死とは



看取り 平穏死 自然死とは

「病人のそばについて世話をする。
また、死期まで見守る、看病する。」

以前は医者も看護師もいなくて、
家族が家で行っていた

看取りとは

看取り = 平穏死 = 自然死

無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を**見守るケア**をすること



全ての終末期において、**緩和ケア**を実践すること

平穏死 自然死とは

✓ 平穏死の生みの親は、特別養護老人ホームの嘱託医である石飛幸三先生。



✓ 穏やかに、自然に、最期を迎えること

✓ 生物としての代謝が最期まで維持され、よけいなものを捨てきって幕を閉じること。

平穩死のすすめ

医療従事者は命を救うことに全力をそそぎますが、現代の医療では救えない命もあります。

それは、終末期のがんもそうですが、**高齢ということも救えない命の一つ**です。

人は誰もが年を重ね、死を迎えるのですから。

この「**自然の摂理を全うすることが、一番幸せな死の迎え方ではないか**」ということ

ハリソン内科学

死を迎える人は、「いのちを終えようとしているのだから食べない」のだ。

「食べないから死ぬのではない」このことを理解することで、家族や介護する人の悩みは和らげられる。

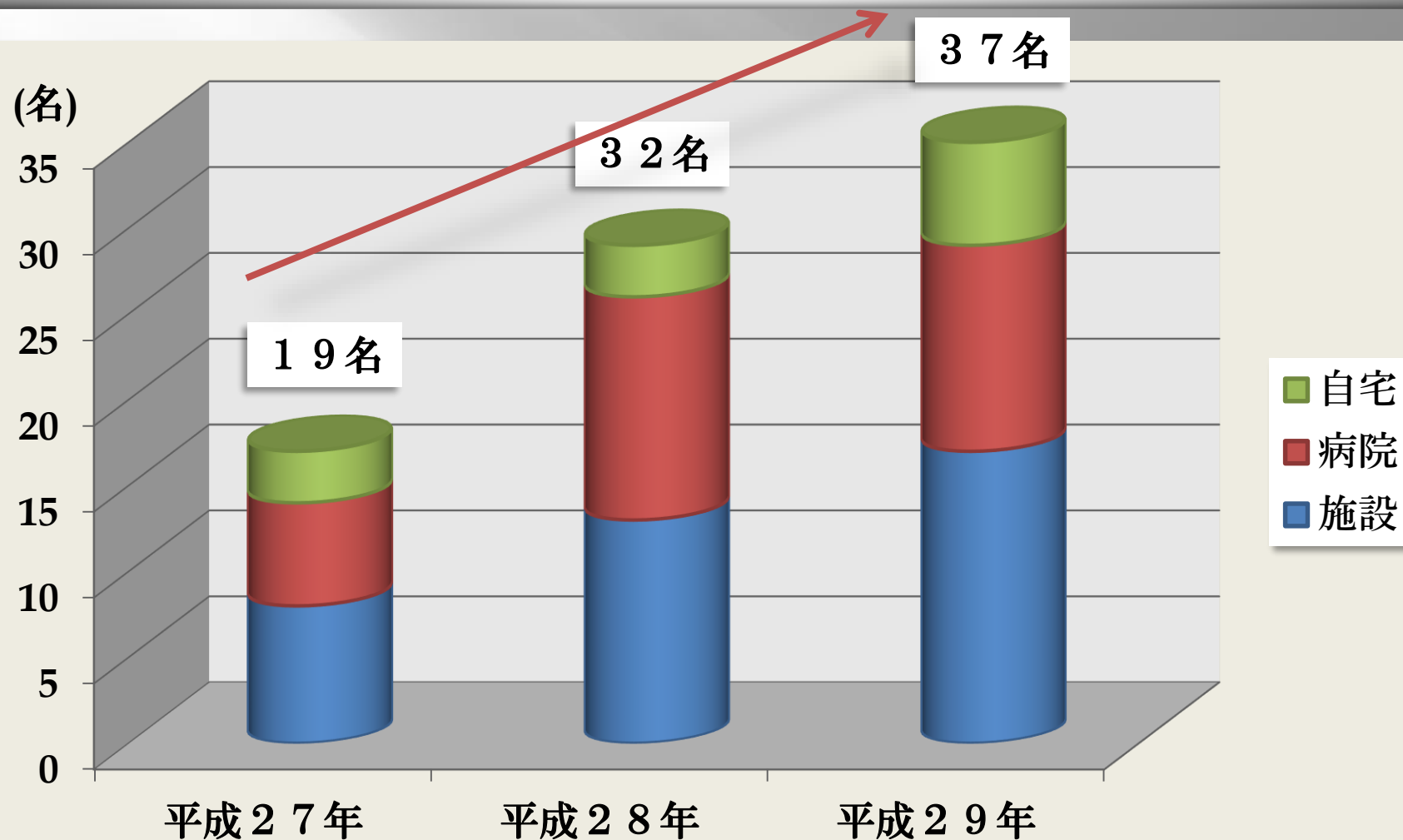
ここ数年の看取り経験
からこの意味を体感

老衰について

	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
8 5～8 9 歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
9 0～9 4 歳	心疾患	悪性新生物	肺炎	老衰	脳血管疾患
9 5～9 9 歳	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物
1 0 0 歳以上	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物

脳萎縮・感覚機能低下・傾眠傾向・恒常性機能低下

当院における老衰死の推移



非がん患者の緩和ケアについて



がん非がんケアの基本

~~病棟での緩和ケアは看護師や医師中心？~~

清潔・排泄・食事の介助



介護職中心のケア



生活の援助介護

非がん患者の緩和ケアの動向

これまでは

緩和ケア



院内緩和ケア病棟中心に発展



緩和ケアはがん患者のためのもの

これからは

死因の **6 割** が非がん患者
在宅死数はがんが約 3 万 非がんが **約 6 万**

高齢化



根治不可能な長期慢性疾患



慢性疾患患者にも緩和ケアが必要

非がん患者の緩和ケアの特徴

がん患者は

予後予測がしやすく、終末期間は1～2ヶ月

非がん患者は

介入時期が難しい

予後予測がしにくく、経過が不確実で治療不能となるポイントが不明瞭

身体機能の低下に伴う苦痛に悩まされることが多く、「疼痛」「呼吸苦」「嚥下障害」の頻度が高い

非がん患者の緩和ケア介入時期

✓ P S の低下または低い状態が持続し改善の可能性が低い

✓ 過去半年に2回以上の予定外入院があった

✓ 3～6か月に体重減少（5～10%）あり
BMIが20以下

✓ 原疾患の十分な治療にも関わらず、苦痛となる自覚症状が持続する

穏やかな死を迎えるための要素

✓ 一人の人格として尊重する

医療よりケアの
質が大事

✓ 苦しみを和らげる

老衰の人は痛み
や苦しみを感
じていない

✓ 不必要、不適切な検査や治療をしない

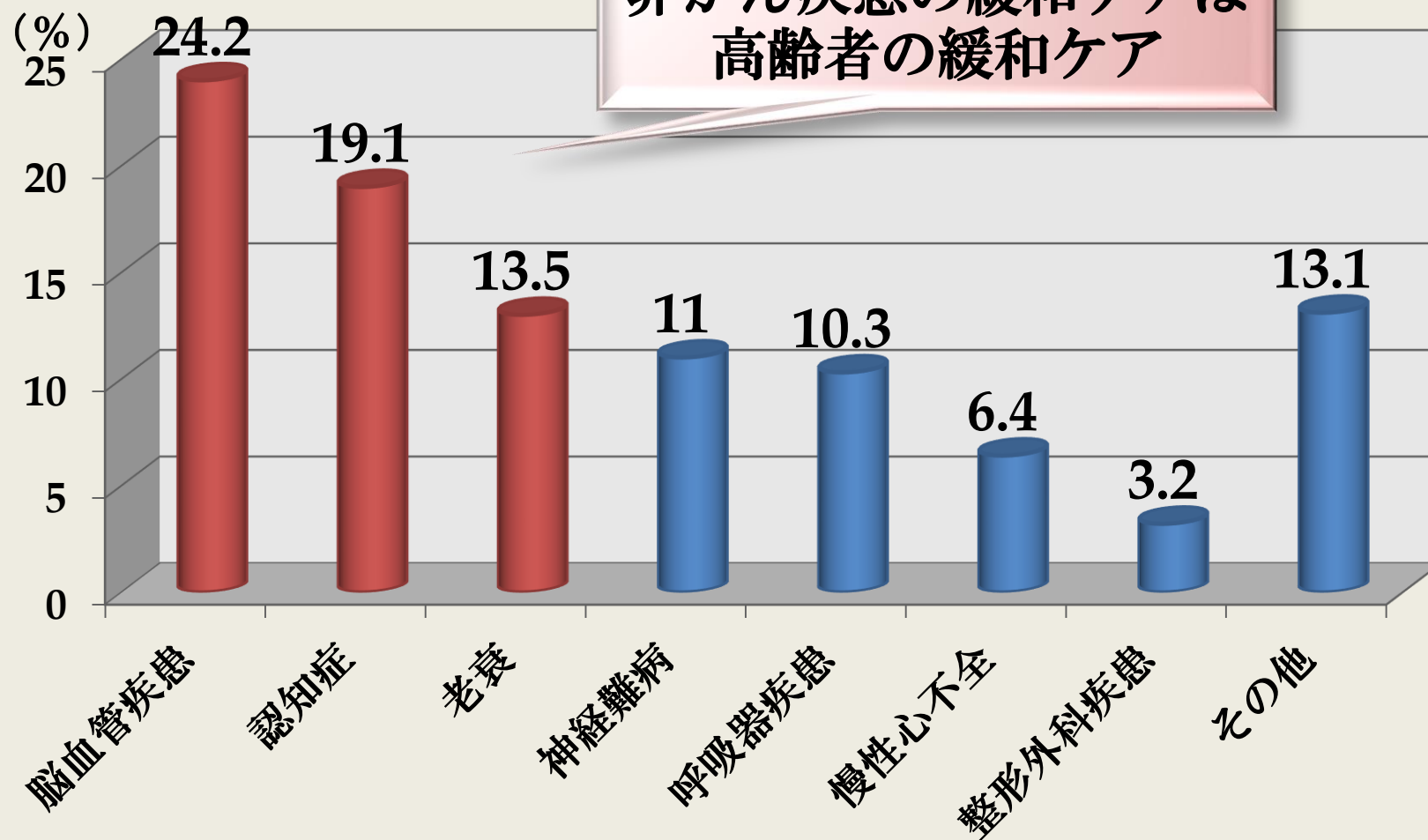
✓ 家族のケア、死別の苦しみを支える

✓ チームワークの重要性

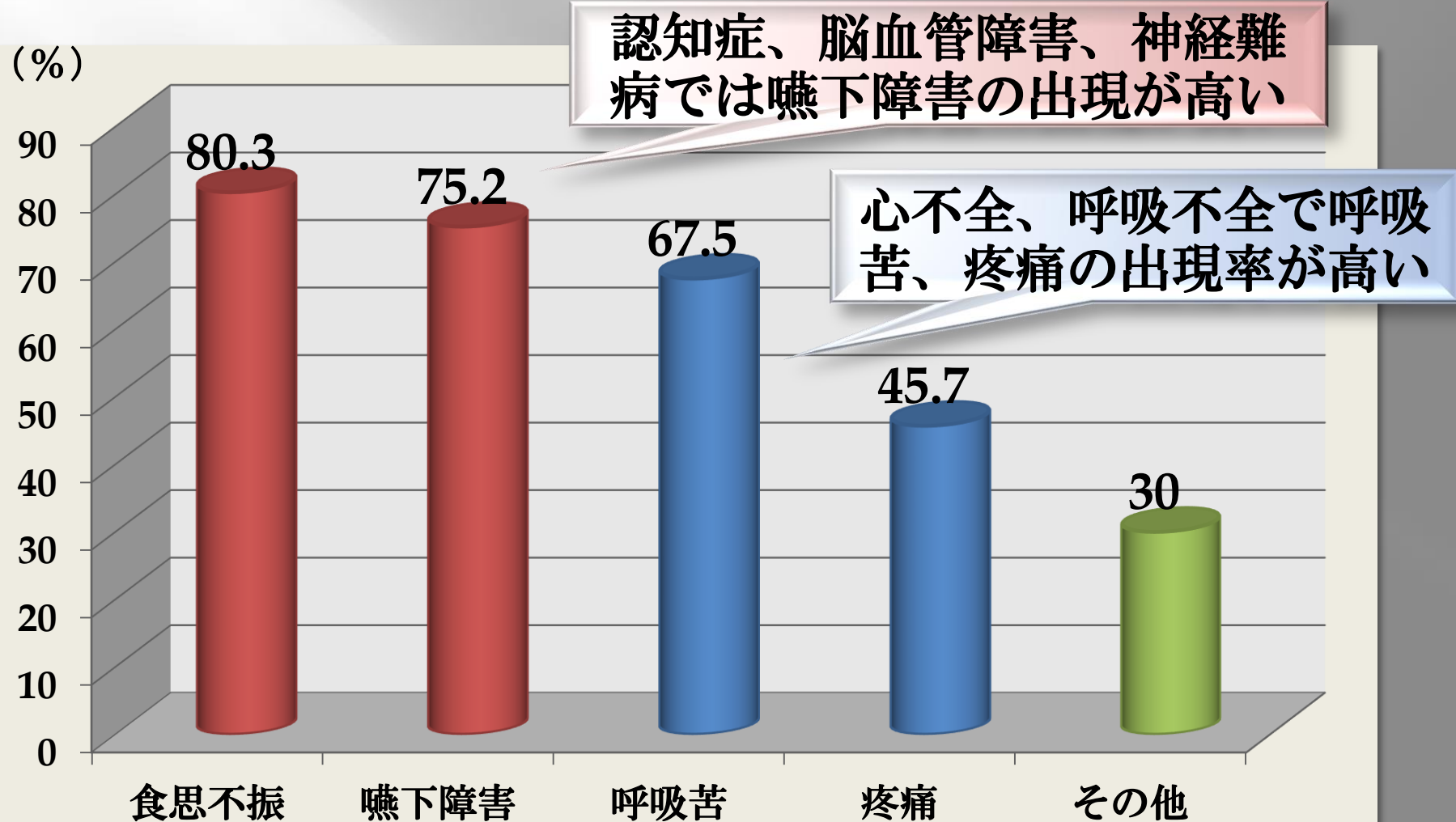
多職種連携

当院での非がん患者の基礎疾患

非がん疾患の緩和ケアは
高齢者の緩和ケア



当院での非がん患者の苦痛出現率



穏やかな看取りを迎えるために

積極的にオピオイドやステロイドを使用

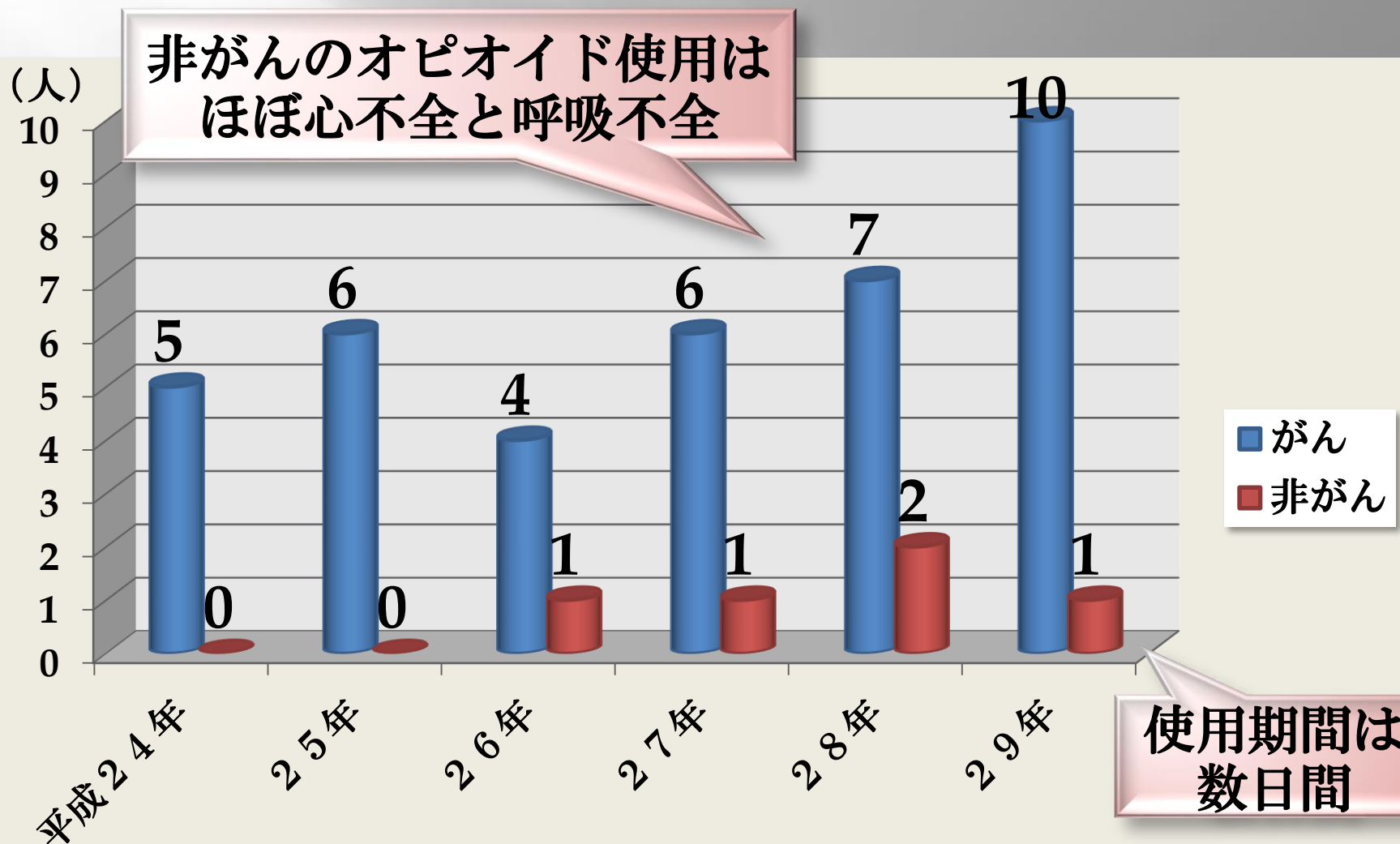
**疼痛、呼吸困難、せん妄、
気道分泌過剰(死前喘鳴)**
の4つの症状に対しては、
苦痛を最小化することを
心掛けている。

苦痛緩和の具体的方法

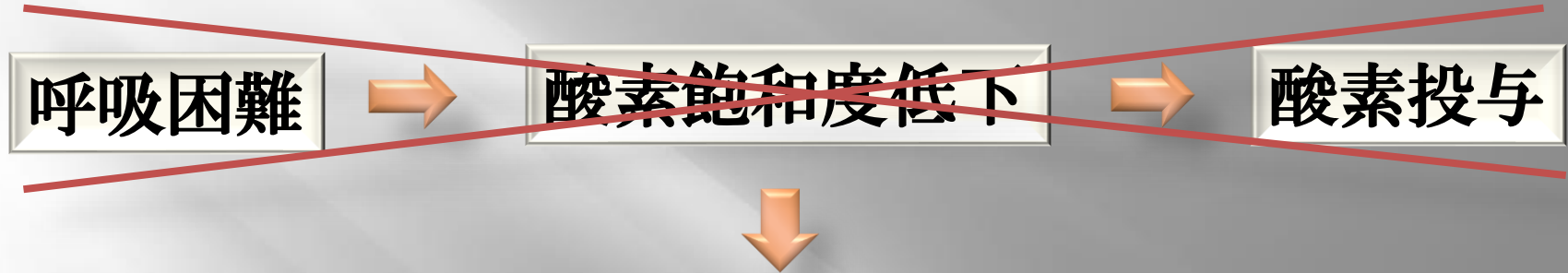
症状	方法
疼痛	モルヒネ注 10 mg (1 A)/日
	フェンタニル注 0.1 mg (1 A)/日
	トラマール注 100 mg (1 A)/日
呼吸困難	モルヒネ注 5 ~ 10 mg (0.5 ~ 1 A)/日
	トラマール注 50 ~ 100 mg (0.5 ~ 1 A)/日
せん妄	セレネース注 5 ~ 10 mg (1 ~ 2 A)/日
	ドルミカム注 5 ~ 10 mg (0.5 ~ 1 A)/日
死前喘鳴	ブスコパン注 20 ~ 40 mg (1 ~ 2 A)/日
	ハイスコ注 0.5 ~ 1 mg (1 ~ 2 A)/日

モルヒネ
少量持続
皮下注

当院での看取り時のオピオイド使用件数



呼吸困難について

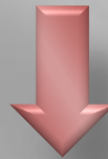


看取り患者は、筋力低下やるい痩から胸郭の運動が低下し、その結果、酸素飽和度が低下。そのため、患者は呼吸苦を感じていない。

酸素飽和度を上昇させる目的
の酸素投与は行わない

せん妄について

せん妄は「**身を引く**」過程のひとつであり、鎮静する必要はない。しかし、多くの医療施設では、鎮静を検討している。



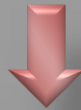
鎮静されていなければ、本人の残った蛋白質をすべて燃焼しエネルギーに変え、
「**家族との最後の会話**」が出来る。

死前喘鳴について

✓ **死前喘鳴**に対する吸引はかえって患者さんの苦痛につながることが多い。なぜなら、患者さんは意識が混濁しており、苦痛を感じていない。



「もしかしたら息が詰まるかも」「もしかしたら苦しいのかも」と案じるのは家族である。



家族に**死前喘鳴**が何かを説明し不安を取り除く事が大事である。

非がん患者の緩和ケアの課題

✓ 制度上整備されていない

モルヒネなどの医療用麻薬が、COPD
や心不全などに保険適応がない

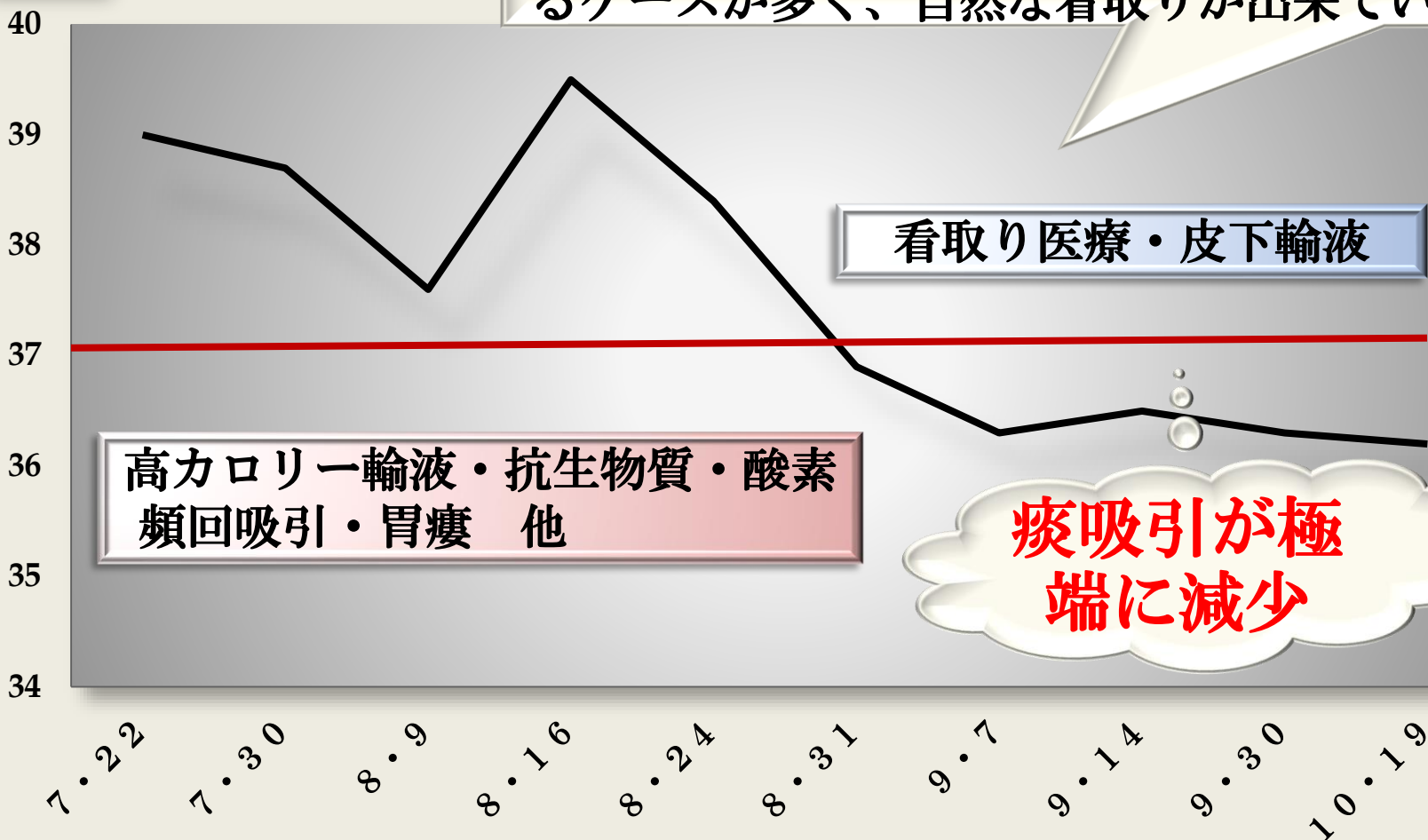
在宅がん医療総合診療料のような診療報酬
が設定されていないため、必要十分な
看護が提供できない

特養への訪問診療が、非がんの場合、制
度上困難

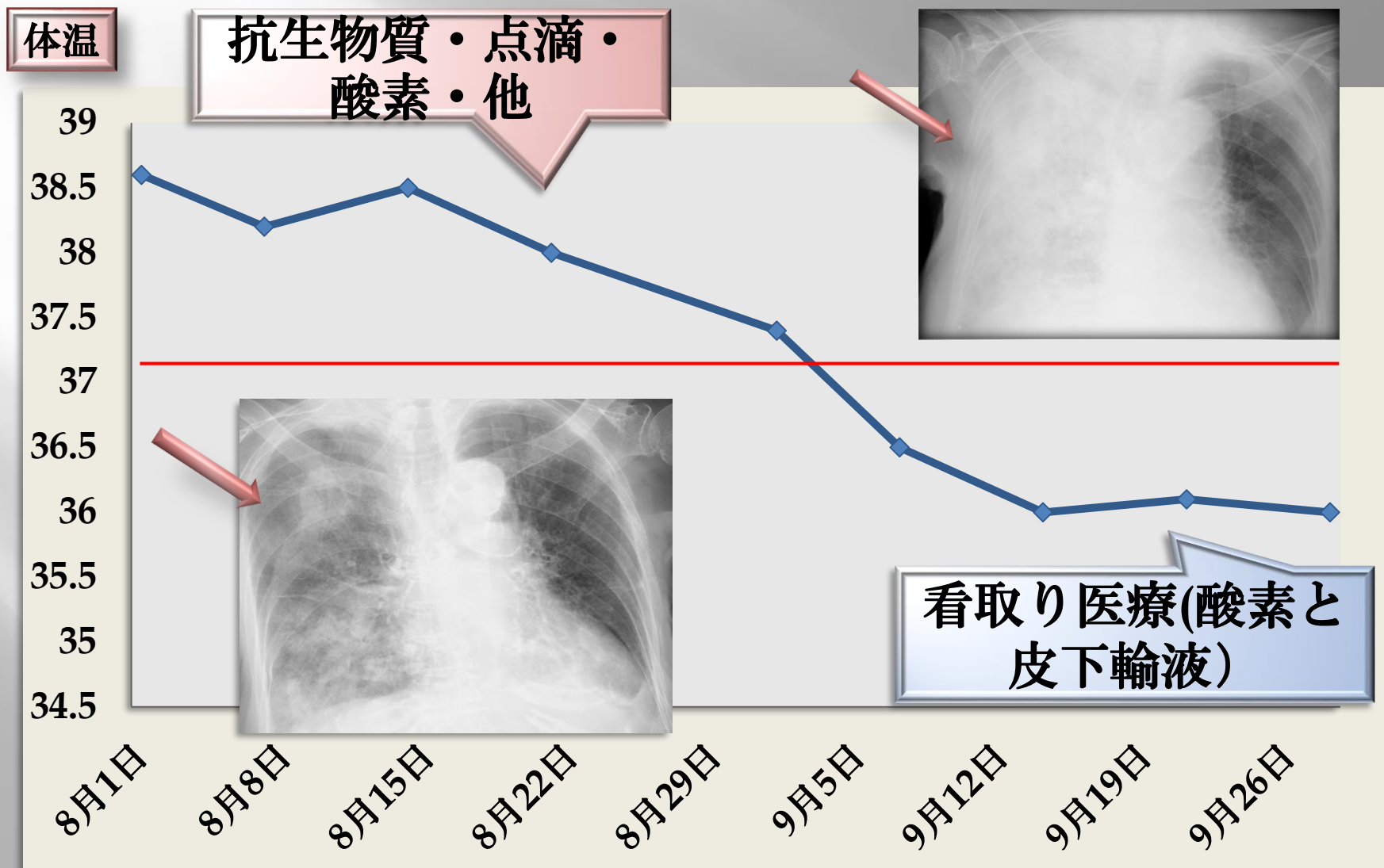
看取り患者の臨床経過

体温

医療施設では最後まで点滴、鎮静などを行っているケースが多く、自然な看取りが出来ていない



看取り患者の実際 (99歳女性・誤嚥性肺炎)



非がん患者の緩和ケアは

緩和治療を必要とする場合は少なく、嚥下障害、口腔、排泄、褥瘡ケアなどの**基本的な看護ケア**を丁寧に行うことが最も大切である。

最後に

「死を遠ざける文化」から「**自然に死に逝くことを受け入れる文化**」を、取り戻してください。

御静聴ありがとうございました

