

地域が一体となって機能する ための地域連携・多職種連携

2010年3月6日

あおぞら診療所 川越 正平



End of Life Care

End of Life をどう過ごすか

残された人生を

- どこに住まい
- どのように暮らし
- どのように死を迎えるのか

介護や医療、住まいがどう支えるのか
“自分らしさ”という生を貫くことを支援

適切な医療・ケアを選び取るには

- 病気の難しい説明をされても、正直よくわからないから、レストランのメニューから選ぶように選び取ることにはできない

和食か洋食か

肉か魚か

量重視か味重視か

- 「主治医」や訪問看護師、ケアマネジャーなら人生観を踏まえた上で相談に乗ってくれる

“地域を病棟” ととらえる

- 自宅が病室、道路が廊下
- 在宅医や訪問看護師が巡回する
- ナースステーションを中心にすえて
Dr、Ns、その他のスタッフが一緒に働く
- 病棟に近い機能を提供しうる
- 検査が必要な時には検査室、手術が
必要な時には手術室で実施する

24時間365日の安心を提供する

- 急病を生じた際、救急外来を受診することひとつをとっても多大な労力を要する
- 新たな病状変化に遭遇した患者・家族が救急搬送の必要性を判断することは困難
- 患者の病態や背景をよく把握している医師や訪問看護師に24時間いつでも居ながらにして判断を仰ぐことができるメリットは大きい

症例：肺気腫・喘息 78才女性

- 毎年冬になると肺炎や気管支喘息を生じ、入退院を繰り返していたという。
 - 自宅を訪問してみると、すきま風が吹き込む劣悪な環境に暮らしていた。掃除も行き届いておらず、風呂は屋外のように寒かった。
- 生活保護担当者と折衝し、しかるべき住宅に転居させたところ、感染症も発作も生じなくなった。



“生活”と“医療”を多職種が支える

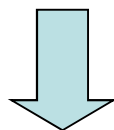
- 在宅医療が提供されるだけでは、がんや障害をもつ患者は毎日の生活に支障を来す
- 生活上の障害に日々の病状変化が重なる
- 生活と医療を切り離して考えることはできない
- 訪問看護師が在宅ケアの根幹を支える
- ケアマネジャーやヘルパーの活躍

在宅ケアの根幹を支える訪問看護

- 医療とケアの双方を熟知している訪問看護師こそ在宅ケアの根幹を支えるスタッフである
- 訪問看護師が担う繊細なマネジメント
医師に比べ訪問頻度が多く、滞在時間も長い患者・家族の言葉や“気配”を察知して適切な“医療情報に翻訳”する

向精神薬の副作用に苦慮したケース

認知症の周辺症状に対して向精神薬を処方したところ、**錐体外路症状**や**誤嚥性肺炎**を引き起こしてしまった



「周辺症状の原因が**便秘**であることを見出した」

「介護者に**周辺症状への対処方法**を根気強く説明したところうまく対処することが可能となり、**向精神薬を減量できた**」

在宅ケアにそぐう具体的な療養指導

- ◆2食までは許容範囲だが、3食続けて食べられない場合には原因によらず点滴が必要だ
- ◆(子供からお年寄りまで)一日に摂取すべき水分量は1000mlが目安となる
- ◆コップ1杯は約200ml、吸い飲み1杯は150ml
- ◆おむつの重みや排尿回数に着目する

医師・看護師も家族や介護職に対して、“どんな変化があったら報告してほしいか”を明確に伝達する必要がある

365日を支えるケアマネジャーやヘルパー

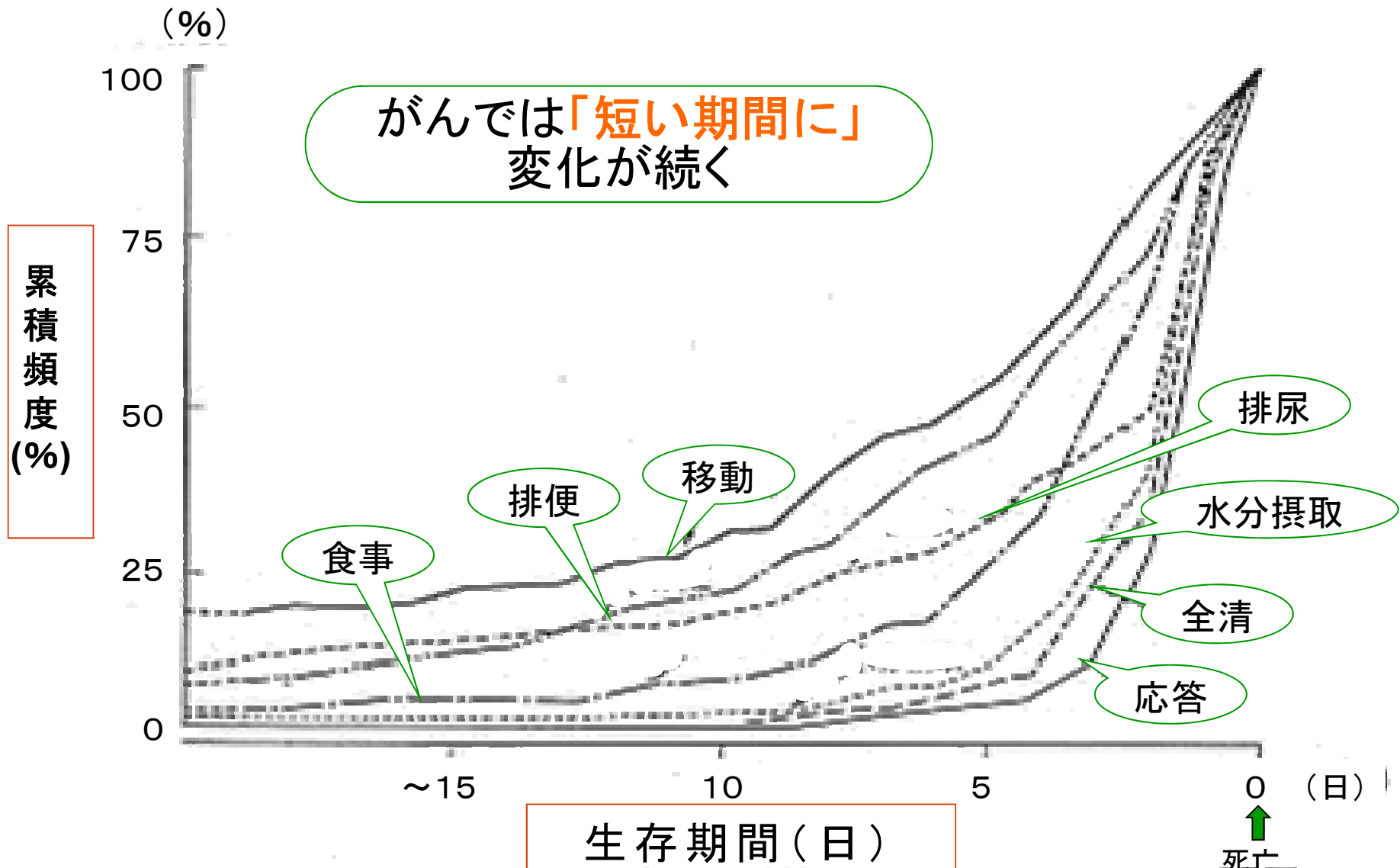
- ◆ヘルパーが365日の安心を提供
- ◆「生命と生活を支える」一翼を担う
- ◆急激な病態変化に際して、大幅なケアプランの見直しが必要となることも
- ◆介護者が体調を崩した場合にも、突然行き詰まることに

がん患者のケアマネジメントにおける困難

- ◆入院を繰り返す、病状が激変するなど、サービス利用が安定していない
- ◆訪問看護しか利用しない場合、ケアマネ報酬が算定できない
- ◆入院先との連携窓口がはっきりしない
- ◆訪問看護事業所が減少しており、十分入ってもらえないことがある
- ◆認定結果が出るまでに日数がかかりすぎる

がんの経過

日常生活動作の障害の出現からの生存期間(206例)



ケアマネジメント実態調査（浜松市）

178カ所328名のケアマネジャーから回答

訪問調査前に死亡したがん患者 **54名**

認定結果通知前に死亡したがん患者 **126名**

調査を踏まえての対策や提案

市は申請から3日以内に訪問調査を行う

主治医意見書の提出期限を5日とする

介護度に関わらず介護用ベッドをレンタルできる

慢性期概念から脱却するための方策

(川越私見)

- ◆ 進行がんに介護予防の概念はなじまない
- ◆ 医学的に**予想される6か月後の状態**を記載する

主たる病態	: 改善 ・ 不変 ・ 悪化
介護の必要性	: 改善 ・ 不変 ・ 悪化
日常生活自立度	: J ・ A ・ B ・ C
6か月以内に死亡する可能性	: 想定なし ・ 不明 ・ ありうる

- ◆ ケアマネにターミナルケア加算を新設する
(在宅医と訪問看護師との連携を要件)
- ◆ 社会福祉士資格を有するケアマネを評価する

医師にまつわる課題

(松戸市でのアンケート調査より)

- ◆ 医師に直接聞きたいこと、教えてほしいことがたくさんある
- ◆ 専門用語や略語が多く判読できない
- ◆ 病院主治医の場合、相談しても指示をもらうまでに多大な時間がかかる
- ◆ 往診への同行を断られる
- ◆ サービス担当者会議に参加してもらえない
- ◆ 上から目線を感じるときがある

医師にまつわる課題

(松戸市でのアンケート調査より)

- ◆ 緊急時の対応がスムーズでない
- ◆ 主治医が日中しか連絡が取れない
- ◆ かかりつけでない病院へ救急搬送を指示
- ◆ 救急搬送が必要と判断されても、入院受け入れ先がなかなか見つからない

“医師”の事情や都合を踏まえた対応

- 電話に出やすい時間、面会しやすい時間を知る
- それぞれ個性もある、苦手な分野もある
- あくまでも「**医学的見地からの介護に関わるアドバイス**を下さい」というスタンスで質問する
(例えばADLや生命予後の見通し、今後生じうる新たな病態とそれへの注意点など)
- 看護師長やMSWなど院内の**連携担当者**を把握し、医療と介護のパイプ役になってもらう

ケアマネジャーの活躍

- 医学と介護双方を熟知している必要はない
- ケアマネが分からないような専門用語は間違いなく患者・家族もわかりません
- むしろ他の専門職の役割を熟知していて、必要なときに必要なサービスや専門性につなぐという活躍こそケアマネの専門性と言える
- 「患者・家族の言葉」と「真のニーズ」を混同しない
- 一人で方針を決めるのではなく、チームの一員として対応していきましょう

たくさんの連携先がある

人口48万人の千葉県松戸市の場合

高齢化率 19.8% 要介護認定者数 13,000人

年間死亡数 約3000人(うちがん死亡約1000人)

市内のケアマネジャー **216** 名

市内の訪問看護ステーション **20** カ所

あおぞら診療所新規導入患者(昨年1年間)

紹介元病院 **46** カ所

多職種連携 は 同職種連携 から

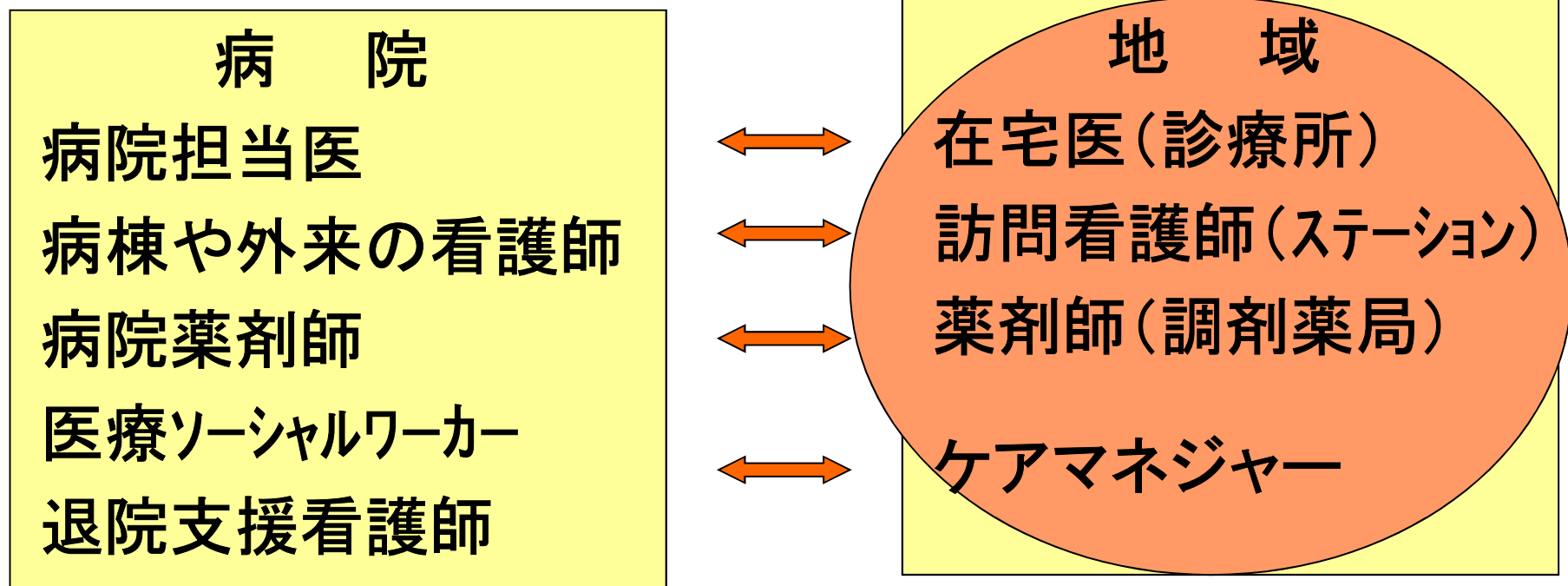
医師 病院主治医や緩和ケア担当医師
在宅医療を提供する診療所医師

看護師 病棟看護師(入院元病棟)
外来看護師
訪問看護師(訪問看護ステーション)

薬剤師 病院薬剤師
調剤薬局薬剤師

その他 医療ソーシャルワーカー
ケアマネジャー

“在宅チーム”構築が鍵となる



- ◆異なる母体の異なる場所に勤務する者同士が連携する
→ “顔の見える関係” は難しいと認識することから

顔を合わせる機会を確保する“作戦”

広島県尾道市 “尾道方式”

在宅主治医の医院の昼休み時間に**15分間**のサービス担当者会議を開催し、関係者全員が顔を合わせている

“ケアマネタイム”

病院・医院側が**ケアマネと話し合うための時間を確保し**
その**時間割を公表**している

実際に顔を合わせて打ち合わせる時間を確保する

訪問看護ステーションとの連携

あおぞら診療所での実践例

- 24時間対応を行う6つのSTと密に連携
- 月に一度合同カンファレンスを開催し、顔をつきあわせて治療・ケア方針を話し合う
- 院内にST担当看護師を構え、毎週一度の定期連絡を行い情報を共有する
- 急性増悪や合併症併発中は毎日連絡をとる

膵がん末期49才男性

- ◆2007年11月診断
- ◆以後、化学療法を繰り返していた
- ◆2009年11月6日疼痛コントロール目的で入院
- ◆使用していたフェンタニルパッチに加えて、モルヒネ持続皮下注を開始、2週間かけてタイトレーションを行い、ある程度の疼痛コントロールを得た
- ◆11月24日面談施行し、退院の希望が強いことから、25日にPICC留置術を施行
- ◆11月26日当院に在宅診療の依頼あり

膵がん末期49才男性

- ◆輸液管理にまつわる手技指導、介護保険の申請は、当院への依頼と同じ11/26
- ◆退院は11/27とすでに決定していた
- ◆輸液処方方はソルデム3A1000ml単独(24時間)であり、側管からモルヒネ持続静注
- ◆9種類の内服薬が処方されているものの、連日嘔吐している状況
- ◆年明けまではもたないだろうとの予後予測
- ◆排尿は夜間オムツ内、入院中の入浴なし

在宅移行にあたってのポイント

◆“在宅チーム”選定とそのタイミング

診療所、訪問看護ST、ケアマネジャー、調剤薬局

◆診療引き継ぎにあたって必要となる診療情報

画像や採血結果、病状説明の内容

◆退院時共同指導の開催呼びかけ

開催のタイミング、日程調整、参加メンバー

在宅移行にあたってのポイント

- ◆患者はどこで療養したいと思っているのか
- ◆療養環境のアセスメント
- ◆患者・家族の力量や事情
- ◆治療・ケアの“シンプル化”
- ◆医療処置や手技の指導
- ◆退院までに必要な物品・手続き等
- ◆退院日の決定と退院直前の情報をも共有
- ◆再び入院が必要になった場合の対応方針

地域保健・医療研修を終えた研修医の感想

- 「自分が今まで半ば見捨てるに近いような形で退院させた患者は、まさに在宅医療が対象とする患者であることに気づいた」
- 「病棟では気づかない問題が在宅では山積みである。疾患に対する治療だけでなく、その住宅環境改善や家族関係の保ち方などを通して患者にアプローチすることで、最終的には病態の改善につながっていく症例を何例も経験した」
- 「代え難い現状を受け入れた上で、少しでも状況が上向くように、当面の課題に対してよりよい選択肢を模索しようとする信念を、身をもって学んだ」

方針決定に際して**患者背景を直感**する

- **ALS患者が人工呼吸器を装着するかどうか**
- **超高齢腎不全患者に透析を導入すべきか**
- **肝硬変に至ったアルコール依存症患者の飲酒**
- **がん患者の最終末期における輸液**

地域が一体となって機能するために

- 在宅の構造的欠陥としての**密室性**
- 患者には医療と介護双方のニーズがある
- 価値観も背景も多様なのが人の人生の常
- 医療者にとってaway、患者にとってはhome

- **医師と看護師は本来一緒に働くのが自然**
- 同時性を共有するために**顔を合わせる機会を意図して設ける創意工夫が重要**