

悪性疾患終末期に対する 在宅ケアの現状と課題



いばらき診療所こづる

高野和也、国井純子、照井有紀、大須賀幸子、大須賀等

第10回茨城県緩和医療研究会
2008年5月24日
茨城県総合福祉会館

スライド：第10回緩和医療研究会

いばらき診療所こづるでソーシャルワーカーをしております高野と申します。

本日は、悪性疾患終末期に対する在宅ケアについて、当診療所における取り組みを振り返り、今後の課題について検討したいと思います。

病気や障害があっても家で過ごしたい



医療・看護の質の向上
多専門的チームによるケア
患者・家族の方との協力体制

病気や障害があっても家で過ごしたい、というごく自然な要望にこたえるため、当診療所では、医療・看護の質の向上、多専門的チームによる支援体制の充実、患者さんやご家族との協力体制の維持に努めております。

在宅療養を支援する多専門的チーム

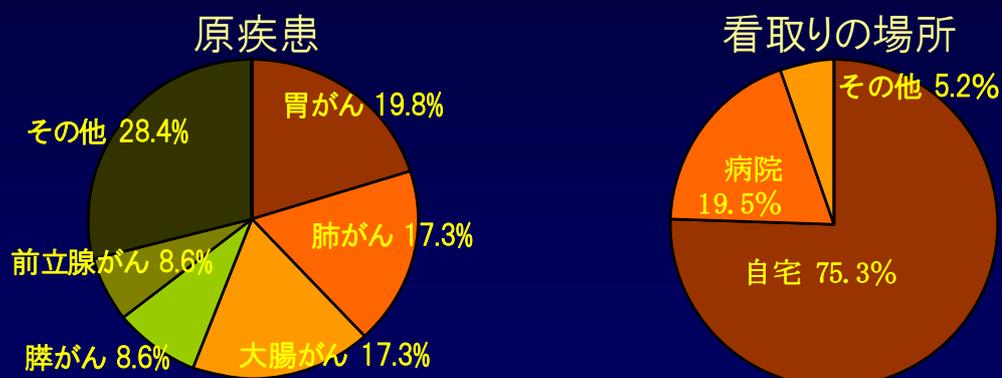


当診療所の多専門的チームはこのようなメンバーで構成されています。診療所のすべてのスタッフが在宅療養を支援する立場にあると考えています。それぞれの役割は当然ありますが、患者さんの急変時に事務職員が吸引器をご自宅に届けたりするなど、各自が状況によって役割を超えたはたらきをすることもあります。

これまでに当診療所の在宅ケアを受けた方

期間: 2004年2月～2008年4月

対象者: 77名(男性41名 女性36名)



在宅ケア開始時 平均年齢 76.9歳

在宅ケア提供平均日数 139.4日

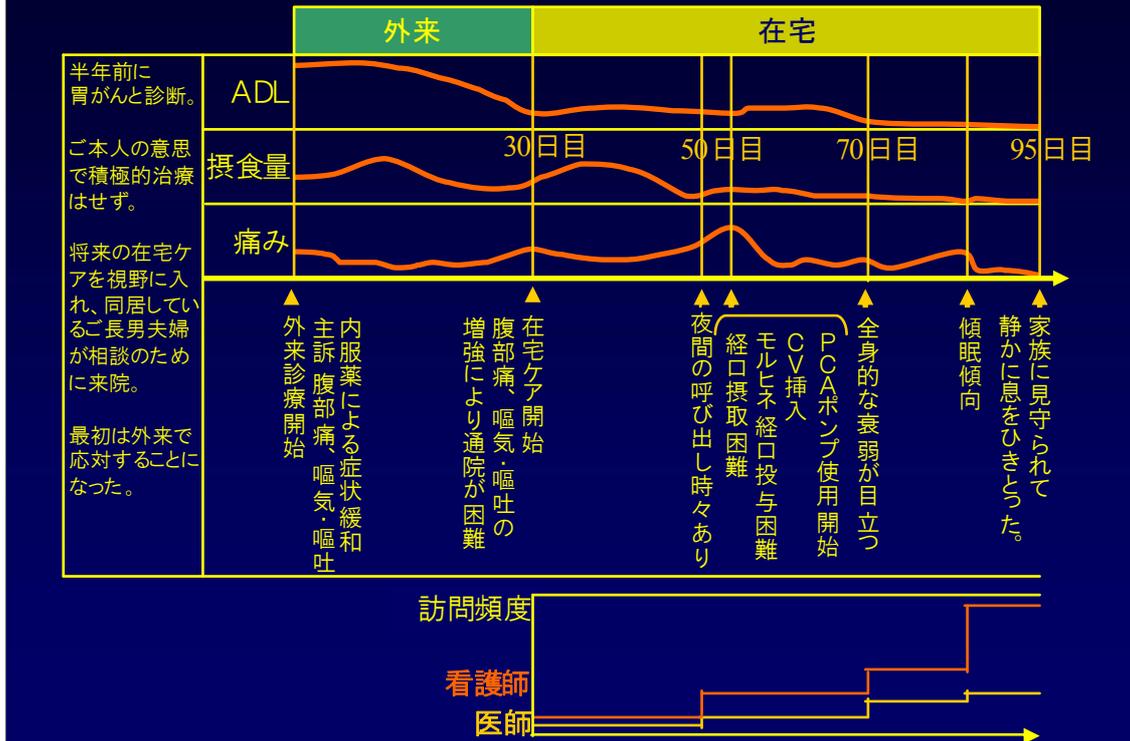
こちらは、当診療所における悪性疾患終末期に対する在宅ケアのデータです。2004年2月の開院時から2008年4月末までに、在宅ケアを受けた77名の方を対象にデータをとりました。

患者さんの原疾患としては、胃がんの方が一番多く、以下左側の円グラフのようになっています。

看取りの場所はご自宅が一番多く、全体の約4分の3にあたる方がご自宅でお亡くなりになりました。

当診療所における在宅ケアの実際

Aさん 89歳 胃がん 女性



次に、当診療所の在宅ケアの一例を示すために、ある患者さん Aさんの事例をご紹介します。

Aさんは胃がんと診断されましたが、積極的な治療は受けずご自宅で過ごしていました。体調が思わしくない時は近くの診療所にかかって診察を受けていましたが、将来の在宅ケアを視野に入れ、当診療所での診療をご希望になりました。

Aさんの診療は、外来診療から始まりました。診療開始後のADLの変化、摂食量の変化、痛みの変化はスライドのとおりです。

病状の経過ですが、初診時は腹部痛や嘔気・嘔吐を訴えていらっしや、内服薬による症状緩和を主体にした治療が行われました。

初診後1ヶ月たつと、同様の症状が増強し、通院が困難になったため、在宅ケアが始まりました。

その約3週間後に、症状の増強のため夜間の呼び出しが時々あり、看護師が何回か訪問しています。

ここは経口摂取やモルヒネの経口投与が困難になった時期で、ご本人やご家族と相談し、ご自宅でCVを挿入することになりました。CV挿入により、栄養補給や薬剤の静脈内投与も可能になりました。PCAポンプもこのときに使い始めています。

CV挿入後ご家族の方は、「病院に行かなくてもこれだけのことをご自宅でやっていただけるので安心して家にいられます」とおっしゃっていましたが、同様のことを別の患者さんのご家族からも聞いたことがあります。

また、ご家族は、小柄なAさんの体型に合わせて歩行器を作成したり、嚥下しやすい食事の工夫をなさったりするなど、Aさんの立場にたった工夫を熱心になさっていました。

Aさんはその後、傾眠傾向になり、95日目にご家族に見守られてお亡くなりになりました。

下のグラフは、医師や看護師の訪問頻度を表しています。

考察

- ・ご本人の訴えや病状の変化に応じて、医師や看護師が24時間体制で対応すること
- ・CV挿入やPCAポンプ導入などを含め、自宅で提供する医療や看護の質を維持すること
- ・それぞれのスタッフが専門性をいかしつつ、役割を超えて患者・家族の方をバックアップすること
- ・患者・家族の方との一体感を大切にしてケアにあたること



患者・家族の方が安心感をもって自宅での療養を続けることができると考えられます。

それでは、Aさんの事例を振り返りながら、安心感を伴う在宅療養のために何が必要なのかという考察に入りたいと思います。

Aさんのときのように、医師や看護師が24時間体制で対応することと、自宅で提供する医療や看護の質を確保すること、これら2点は、安心して自宅で過ごしていただくために最低限必要なことです。これらはシステムや技術の話です。

それから、それぞれのスタッフが専門性をいかしつつ、役割を超えた支援をすることが必要です。さきほどのAさんの事例では、ソーシャルワーカーが薬を届けたり、ケアマネジャーがリヒカを作成して届けるなど、役割を超えたはたらきがありました。自分がどのように役に立てるかということを常に考えていることが必要です。

最後に、一体感を大切にしてケアにあたることを挙げたいと思います。Aさんがお亡くなりになった後、ご家族からお便りをいただき、「家族のように親身になってくださったことに私たちも励まされ、毎日の介護を続けていくことができました」というお言葉を頂きました。これは、システムがうまく機能したからというよりも、思いやりをもってAさんにケアを提供したことによって伝わったのだと思います。私たちとしては、ご家族が一生懸命にAさんのことを考えている姿を見て、私たちもがんばろうという気持ちになりました。このような一体感が得られることは貴重なことだと思います。

いまご説明したことの結果として、「ご本人やご家族が安心感をもって自宅での療養を続けることができる」という状況が得られるのだと考えられます。

今後の課題

—安心感のある在宅ケアを提供するためには—

- ・信頼関係を構築する時間の確保
- ・医療・看護技術の向上
- ・医療、看護、介護支援にたずさわる人材確保
- ・レスパイトケアの必要性

最後に、安心感のある在宅ケアを提供するための今後の課題を考えてみたいと思います。

ひとつ目は、信頼関係を構築する時間を十分にとることが必要、ということです。患者さんとしては、人生の最後は信頼できるひとにみてもらいたいと思うことが自然だと思います。看取りを視野に入れたケアを考える場合、ある程度の時間の長さが必要であり、私たちの経験上、3ヶ月ぐらいの時間が必要だと感じます。患者さんの病状が比較的安定している時期からお互いに顔見知りになるためには、患者さんの治療を主に行ってきた医療機関との連携が必要だと思われま

す。2つ目は、医療・看護技術の向上を常に心がけることが必要だと思われま

す。3つ目は、医療、看護、介護支援に携わる人材の確保です。在宅患者さんが増えるにつれて、人材を確保しなくてはなりません、在宅ケアに携わる人材を確保することが難しいのが現状です。

4つめは、レスパイトケアの必要性です。患者さんとともに過ごすご家族にとって、時には、ほっとする時間が必要と感じます。普段のかかわりのなかで、このようなレスパイトケアを意識することが大切だと思われま

す。以上、当診療所における悪性疾患終末期に対する在宅ケアの現状と課題について、発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。