

地域包括ケアの深化・推進のための多職種連携研修会

日時：令和6年10月30日（水）19時00分～20時45分

場所：木更津市民会館 中ホール

参加人数：100名（参加者92名、講師・事務局8名）

○講演：地域における在宅での看取りについて

講師：在宅診療おうちクリニック 重山 勇 院長



《概要》

- ・ 訪問診療：定期的な訪問診療（月2回、毎週等）を行っている患者に対し、24時間、365日の対応を行う。
- 訪問看護：訪問診療を行っている患者に対し、点滴や褥瘡処置などの医療措置と清拭、洗髪、足浴などのケアを行う。
- 在宅緩和ケア：がんの痛みを緩和するなど、終末期のケアを行う。患者の生活に合わせながら、病院と同様の薬、持続皮下点滴、持続点滴などをおうちで受けることが可能。
- 病院、訪問看護ステーション、薬剤師、ケアマネジャーと連携して患者及び家族をサポートする。
- ・ 自宅看取りをした患者の死因としては、半数以上ががんである。
- ・ 症例①：86歳男性、直腸がんの腹膜転移再発、下痢、便秘症状あり。
妻（主介護者、主婦）と長男（就労中）と同居、次男が市内在住。
* ADLが保たれている早い段階での在宅診療介入となったため、経過期間が5か月となった。
- * 人生の最終段階における医療・ケアの意思確認書（ACP）において、終末を迎える場所の希望について、当初病院と回答していたが、途中、急変による入院をした際に不穏が強く、入院生活中は不穏で苦しんだため、家族を含め最後は自宅での看取りに変わった。

＊最期は家族に見守られ、家族から感謝の言葉もあり本人は笑みを浮かべて永眠。

- ・症例②：54歳男性、S状結腸がんの多発肝転移、腹膜播種、大量腹水あり。

妻（主介護者、就労中）、長女（就労中）と同居。

＊本人は就労を継続するつもりであったため、予後を知らされずに在宅診療介入となった。

＊妻に迷惑をかけたくないとの思いから就労ができなくなったら、緩和病棟への入院を考えていたが、在宅療養をするうちに、最期まで自宅で療養をしたいとの思いに変わった。

＊介護保険の申請が在宅診療介入後に行ったため、介護認定が間に合わず介護サービスを受けることができず、医療保険で訪問看護と診療を毎日2回以上受けた。

＊介護サービスを受けることができていたならば、十分な身体介護ができ、妻も休息を取ることができたかもしれない。

- ・症例③：33歳女性、子宮頸がん合併妊娠、骨盤内再発、右腎瘻造設、がん性疼痛あり。夫（主介護者）、娘（3歳）、両親と同居。

＊がん性疼痛で通院が困難となり、訪問看護が介入し、その後訪問看護ステーションより在宅診療の介入依頼があり介入となった。

＊介入中、右大量胸水（あるいは血胸）により救急搬送されたが、本人は娘と過ごすため帰宅を強く希望し、翌日退院帰宅。

＊実家で療養できたため、夫と両親も介護に関わることもできた。

＊訪問看護が毎日訪問し、医療処置と身体介護を行い濃厚なケアを行うことができ、苦痛症状に対しては、頻回に往診し症状緩和に努めた。

- ・介護サービスとの連携

＊急激なADLの低下から急遽、介護サービスが必要となる場合が多いが、介護保険未申請、申請中、区分変更中のケースも多く、ケアマネジャーが決定していない場合もある。

＊介護ベッドなどの福祉用具が至急必要なケースも多いが、早急に対応してくれる場合も多いので感謝している。

＊全身状態が日に日に悪くなるので、予定通りに訪問入浴をできないこともある。

＊「今日」「明日」の話が多く、至急な対応が必要だが、長期的に予定を組むのが難しいケースが多い。

- ・病院との連携

＊医療ソーシャルワーカー、入退院支援看護師、かかりつけ医師等から相談や紹介があり、訪問診療を開始する。

＊吐血、イレウス、予期せぬショックバイタルなどの急変時は、救急搬送にて救急対応をお願いしている。

- * 緩和病棟への入院、緩和病棟からの退院、緩和病棟と自宅の行き来なども対応する。
- * 外来受診時に訪問診療時の様子を診療情報提供書として渡したり、外来受診時の様子を担当医から連絡をもらったり、状況確認の連絡をもらうこともある。

○グループディスカッション



《概要》

- ・ 講演内容や看取りについて抱える課題をグループ毎に話し合い、話し合った内容を発表した。
- ・ 発表内容
 - * 独居の場合、本人が自宅での看取りを希望されたとしても意向に沿うのは難しい。選択肢も限られてくるのが課題。
 - * 病状が重症な場合、医療だけではなく介護もスピーディーに動いていく必要があるのので、早く行動できる形を作っていくといけな。
 - * まず大事なことはスピード感で、そのためには多職種連携が必要。
 - * 医療や介護を受けられる方の要望に対して、どれだけ情報をしっかり集めて連携できるかということにかかっている、肝になる。

○アンケート結果（アンケート回答40名・回答率43.5%）

①研修会に参加してどうでしたか？

非常に良かった：24名 良かった：13名 普通：3名

②対面式での開催方法はどうでしたか？

非常に良かった：22名 良かった：13名 普通：5名

③研修内容の感想（抜粋）

- ・ 重山先生の事例は時間経過などがリアルに関わり方のタイミングなどを学ぶことができました。
- ・ 在宅診療では、ACP、バイタルリンクも活用されている事にこれらを日常的に利用できるヒントがあると思えた。高齢者のみ世帯の在宅での看取りが難しい事が理解できた。

- ・事例にあった看取りにおいて家族は相当な頑張りだったのだろうと感じました。
ご本人の自宅での思いをかなえるために、そんな家族の支え、助けとなるような支援を自分なら何ができるのか、すべきかを考えさせられました。
- ・あらためて、在宅での看取りには多職種間の連携やスピードが重要になると感じた。
- ・薬局に勤務している薬剤師です。来客する終末期のがん患者さんはまだ、介護保険を申請していない方が多いです。今後は介護に橋渡しができる様連携していきたいです。
- ・もう少しグループでお話しする時間が欲しかったです。
講演の内容は個別事例が分かりやすく大変勉強になりました。ご本人の意思を最大限に尊重されて支援をされていることに感銘を受けました。

【参加者】

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、栄養士、理学療法士、作業療法士、介護サービス事業者、生活支援コーディネーター、社会福祉協議会・地域包括支援センター・行政職員等

主催：木更津市在宅医療・介護連携推進協議会

共催：君津木更津医師会第一部会・君津木更津歯科医師会・君津木更津薬剤師薬業会