

2006年度 第7回 ウィル・セミナー

これからの在宅医療

～医師の看取りから学ぶ～

嶋田クリニック 院長 嶋田 一郎

《クリニックの在宅医療の経験から》

「良い看取り」をするための条件について、
私の考えを述べたいと思います。

当院の在宅医療のシステム

在宅医療に携わるスタッフ

医師2名： 院長、 副院長(院長の妻)

外来診療のはざまに訪問診療・往診

看護師2～5名(その時々で変動)

輪番で担当(当番日以外は外来勤務)

訪問診療の付き添い・介助

点滴注射や処置、状態チェック～介護指導等

当院の在宅医療のシステム

基本メンバー

☆連絡・相談を密にして、
患者さんを日常フォロー

嶋田クリニック：医師 看護師

訪問看護ステーション(原則24時間対応可能な所)

症状の不安定な場合

処置や点滴などが頻回

看護師による身体ケアが必要な場合・・・等

ケアマネージャー

訪問看護ステーションの利用において、

介護保険を利用してする必要がある場合

その他の介護保険の諸サービスが必要な場合

(訪問介護、デイサービスやデイケアの利用など)

当院の在宅医療のシステム

基本メンバーによる日常のフォロー

地域の基幹病院との連携

(近大堺病院、ベルランド病院、馬場記念病院、清恵会病院、
近畿中央病院、大阪労災病院など)

病状悪化時の対応(救急対応):あらかじめ24時間対応を依頼
緩和医療

病状報告・相談

地域の専門医の対診(整形外科、泌尿器科など)

(嶋田クリニックだけでは対応できない場合)

保健師

(難病の支援制度利用など)

☆連携し合って、
患者さんを支えていく

当院10年間の在宅医療の実績

■関わった患者さん 約200人
(臨時の訪問や往診は除く)

■うち、すでにご逝去された患者さん 63名
(平成18年11月現在)

■うち、ご自宅で看取った患者さん 11名
(連携医の看取りも含む: 2名)

・・・ 病状悪化や救急受診で
病院で亡くなる方が多いのが実情

実際の看取りの例を

ご提示します

＜症例1＞ 81歳 女性 MKさん
卵巣がん 末期 パーキンソン症候群に罹患

●入院中、家族から、在宅で最期を過ごさせてあげたいと相談
→ 訪問看護ステーションを紹介

●退院まで時間的な余裕がなく、退院直後にまずは訪問看護ステーションや当院医師の、状態確認のための緊急訪問

●退院直後、綿密なカンファレンス

嶋田クリニック医師・看護師

訪問看護ステーション担当者

担当ケアマネージャー、家族(夫と娘)

担当予定のヘルパー

病態確認、方針確認、フォロー体制・役割分担確認
介護や処置の物品の手配・・・等

＜症例1 続き＞

- 経口摂取がほとんどできず

→ 持続点滴注射を、当クリニック看護師と訪問看護ステーションが連日
分担して維持。 状態観察、家族への介護指導。

- 褥瘡あり → 訪問看護ステーションが処置

- 身体面の保清・ケア → 訪問看護ステーションが対応

- 家族の身体負担軽減 → 定期的にヘルパーが入って、
その間、家族が休息。

- 定期的に、当院医師が訪問診療

病状不安定時にも往診し、診察や処置。

☆訪問看護ステーションが24時間対応し、家族からの連絡を受ける →
必要に応じて、クリニックに連絡

本人は意識もうろうの状態、本人からの訴えはほとんどない。
家族も挫折することなく、家庭介護が続けられた。

在宅でのターミナルケア開始後、約1ヵ月半にて、眠るようにご逝去。
主治医による、臨終立会い。 訪問看護ステーションによる死後の処置。

＜症例2＞ 80歳 女性 TKさん
肺がん 末期 軽度の認知症あり。

●病院で進行期肺がんが見つかるが、本人はいたって通院嫌いで、元気なうちから訪問診療の依頼があり、関わる。

当初は、頑固な咳のみ。 定期診察のみ。

→ 本人の「生き様」を尊重して、
必要最小限の医療で、
「自然経過」でフォローすることとなった。

☆家族(娘)に、今後の病状の進行予想と、起こるべき事態の予想をお話し、現実になってから慌てないで家庭介護が続けられるように「心の準備」をしてもらった。

＜症例2続き＞

●次第に、咳がひどくなるとともに、腰痛(腫瘍の転移?)、経口摂取の低下などが出現。 ベッドに横たわる時間がおおくなってきた。

→ 介護保険のサービスと訪問看護の導入
担当ケアマネージャーと訪問看護ステーションと
打ち合わせを重ねる

●病状進行に伴い、痛みを強く訴える。

→ 最終的に、モルヒネの貼り薬(デュロテップ)を使用。
疼痛緩和ができるとともに、精神的に安定。

病院主治医にも家族に相談に行ってください。

(デュロテップの処方や、病状重篤時の受け入れの相談)

●病状進行に伴い、訪問看護ステーションによる身体保清や処置(褥瘡や膀胱留置カテーテルの管理等)を行い、安楽のうちにターミナルケアが進む。 介護用品のレンタル等。

眠るようにご逝去。

主治医による、臨終立会い。 訪問看護ステーションによる死後の処置。

在宅の看取りを成功させるために (私の考え)

- 本人が病状を理解できる場合は、
本人に病状がきっちりと

告知・説明されていることが不可欠！

病状が「末期」であることが理解されず、家庭療養の時期を逸してしまうことも。若い人ほどこの問題が重要。

病状が理解されていない状態で在宅医療を導入しても、本人が不信感を強めるだけ。

在宅の看取りを成功させるために (私の考え)

■ 普段から相談できるかかりつけ医が必要

病院での説明や医療内容を普段から心置きなく相談できるホームドクターを持つべき！！

その医師がいざという時に在宅医療をになってくれればベスト！

本人が受診できない場合や、本人に内緒で相談する必要がある場合にも、介護に当たる家族が気軽に相談すべき！

その**医師が中心**となって、在宅療養受け入れの準備をしてゆく。

→ 連携をとりやすい訪問看護ステーションやケアマネージャーを導入

在宅の看取りを成功させるために (私の考え)

- 健康なうちから、家族間の介護体制について、
打ち合わせておくこと！

☆ 介護を十分担える家族がいないと

在宅療養はできない！

在宅医療・介護の諸サービスは、

「短時間細切れ」のサービス

(限界を理解すること)

介護の中心は家族！

在宅の看取りを成功させるために (私の考え)

- 在宅療養に入る前に、病院で
退院前のカンファレンスを開いてもらうこと！
退院まで、十分な時間を作ってもらうこと！

在宅医療には十分な事前準備必要！

(特に、在宅医療を担う医療機関が

その患者さんを初めて担当する場合)

在宅医療を担う諸メンバーの連絡分担体制の確立には
時間がかかる。

在宅の看取りを成功させるために (私の考え)

- (退院前、) 病院に、いざという時の受け入れを約束してもらうこと！

あらかじめ、「約束」ができていると、
本人や家族も安心！、在宅医療担当医も安心！

cf. 病院と在宅医療担当医が
「併診制」をとっている病院もある。

ご清聴ありがとうございました

小督菴