

在宅緩和ケアの実際

～私たちが出会った心不全患者さん～



患者さんのご家族

ケアマネージャー：小田悦代

訪問看護師：三浦聡子

在宅医：神谷仁孝

私が在宅医療をはじめた理由

勤務医時代、慢性心不全患者さんの診察をしながら・・・



○ ○ ○ またAさんが心不全で入院してきた・・・

これで、5度目の入院。

退院前はすごく調子がいいのに、
自宅に帰るとなぜ悪くなってしまうのか・・・

○ ○ ○ とうとうBさんが心不全で亡くなってしまった・・・

「うちに帰りたい」と行っていたが、かなえることが
できず、結局は病院のベッドで・・・

心不全のため入退院を繰り返していた患者さん

74才で急性心筋梗塞



90才のときにペースメーカー植え込み



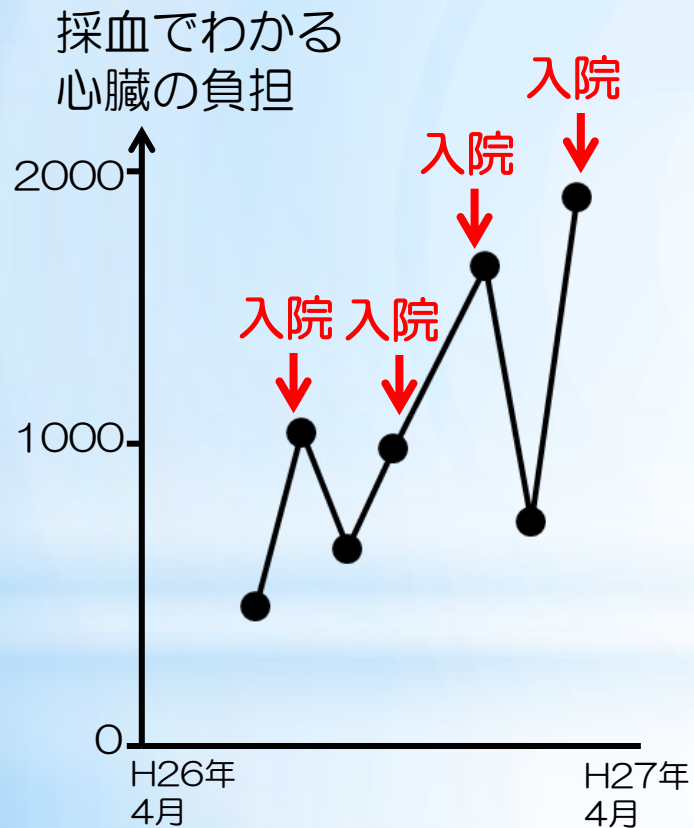
その後、心不全のため入退院を繰り返す(1年間で計4回)



91才

当日のスライドには
本人の写真使用

患者さんは心不全のため入退院を繰り返しました



1年間で4回の入院治療



心不全のため入退院を繰り返していた患者さん

74才で急性心筋梗塞



90才のときにペースメーカー植え込み



その後、心不全のため入退院を繰り返す(1年間で計4回)



91才

→在宅ケアを開始



在宅ケア開始前に病院で退院前カンファレンスを行いました

医師

訪問入浴担当者

訪問看護師

福祉用具担当者

退院調整看護師

家族

ケアマネ

病棟看護師

当日のスライドには、実際に病院で行った退院前カンファレンスの写真使用

退院前に各職種が情報共有を行います



ご家族へ



在宅ケアをはじめると決めたときのお気持ちは？

- ①在宅ケアのイメージとはどのようなものでしたか？
- ②不安に思っていたことはありますか？



ご家族

①医者が往診に来てくれて、血圧を測って「大丈夫だね」と言って帰るイメージでした。

自宅だと病院まで通う必要がなく家族としては助かります。

心不全で入院してしまうと点滴などからベッド上で動けなくなり、ボケてしまったのかなと思うこともありました。なるべく入院せずに自宅で過ごせたら、いいなと思いました。



ご家族

②心不全の発作が出たらどうしようかと不安でした。
病院だったら看護師さんがいるので対応してもらえますが、自宅ではどのようにしたらいいか分からず不安でした。



ケアマネさんへ



患者さんの在宅ケアをはじめるときにあたり、
ケアマネさんの考えたプランとは？

ケアマネさん



ケアマネージャーは自宅を訪問させていただきます。間取りを確認して、在宅ケア行う上で何が困るかを考えます。

本人が自宅に帰ってきて、家族が何に一番困るのかも考えます。

本ケースの場合は、通院が大変になってきたので医師の訪問診療をお願いしました。心不全のコントロールが不安定だったので、訪問専門の看護師さんにもお願いしました。

あとは起き上がりがしやすいように、介護ベッドを導入しました。

患者さんとはリハビリからはじめました

奥さんといっしょにリハビリ(散歩)



当日のスライドには
本人の写真使用

散歩の前後で血圧・脈拍など測定しました

ずっとお風呂にも入っていなかったので・・

退院後はじめてのお風呂



当日のスライドには
本人の写真使用

入院中はシャワー浴のみでした

その後は看護師さんの訪問日に入浴



訪問看護師さんへ



患者さんの訪問看護を行うにあたり、
どんなことに気をつけていましたか？

訪問看護師さん



週3回訪問していました。1回あたり90分です。

体の状態をチェックして、息切れ・むくみなど心不全症状が悪化していないか
気をつけながら診て、変化があったら医師に連絡するようにしていました。

薬の飲み忘れがないかもみていました。

患者さんの話を聞くことによって、不安やストレスが軽減されるよう努めていました。

入浴前後で血圧・脈拍など測定して、息切れが出ないかみつつ、長湯し過ぎないように
声をかけていました。

在宅医の特殊能力



物語能力

病いの背景を探るため、対話を通して「患者さんの物語」を理解し、全人的な診療を行う



魔法ビーム



在宅医もさすがに魔法は使えませんが・・・

人生という旅の終わりに苦痛はいらない



在宅医の特殊能力

物語能力

病いの背景を探るため、対話を通して「患者さんの物語」を理解し、全人的な診療を行う



若い頃、戦場へ



仕事は梨の栽培

人生という旅の終わりに苦痛はいらない

1年以上入院せずに自宅で過ごしました

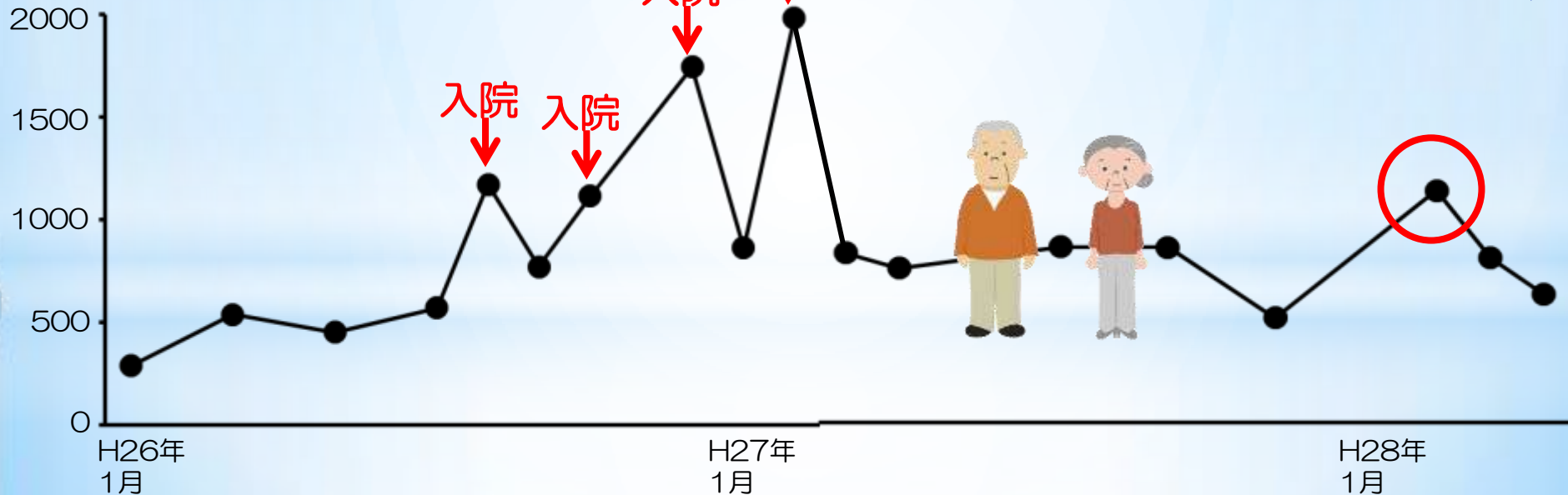
在宅酸素

薬の調整

在宅ケア

在宅呼吸器

採血でわかる
心臓の負担



在宅ケア開始から約1年後・・・

早朝にトイレへ行こうとして
呼吸困難出現し往診依頼



→電話で呼吸器装着を指示し自宅へ

さきほどよりだいぶ落ち着きました・・・



自宅で利尿剤を5日間点滴し、
入院せずにすみました



当日のスライドには
本人の写真使用



ご家族へ



1年以上入院せずに自宅で過ごすことができました。
どのようなお気持ちでしたか？

ご家族



在宅ケアをはじめてから呼吸器を使うようになりましたが、無呼吸がなくなり、よかったです。

入院するたびに体力が落ちていく印象がありましたが、1年以上、入院せずに安定していたので体力が維持できたと思います。そのため本人が行きたいと言っていた梨畑の近くまで連れて行ってあげることができました。

入院せずに自宅で過ごすことによって・・・

日常生活でできること



介護負担

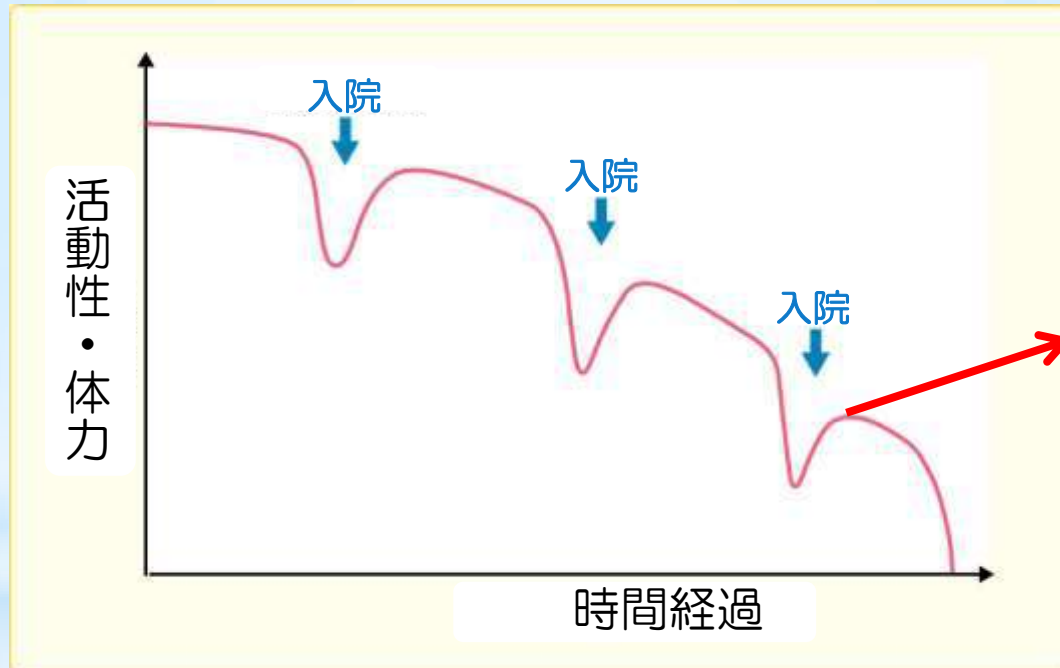


認知機能



色々なことが改善しました

心不全患者さんの経過



ただ・・・

在宅ケア開始から1年2ヶ月後に心不全増悪から入院しました



在宅ケア開始から1年2ヶ月後に心不全増悪から入院し、その後・・・

心臓の負担

2500
2000
1500
1000
500



呼吸困難から
救急要請



入院 退院



きびしくなってきたなあ・・・

ケアマネジャーによる
意思決定支援

(心不全の終末期症状)
食欲の低下
だるい・・・
息が切れる



ずっと患者さんの意思について
確認できずにいました



(月)

人生という旅の終わりに苦痛はいらない



ケアマネさんへ



患者さんのお気持ちをどのよう
に聞いたか教えてください

ケアマネさん



医師からは患者さんの気持ちを淡々と聞いて欲しいと言われました。
患者さんに文面を読んでもらい、率直に答えてほしいと告げました。
また、家族とも相談してほしい旨、伝えました。
書きあがったら、医師に渡していただくようお願いしました。



ご家族へ



患者さんの「うちで過ごしたい」気持ちを聞かれてどう思いましたか。

ご家族



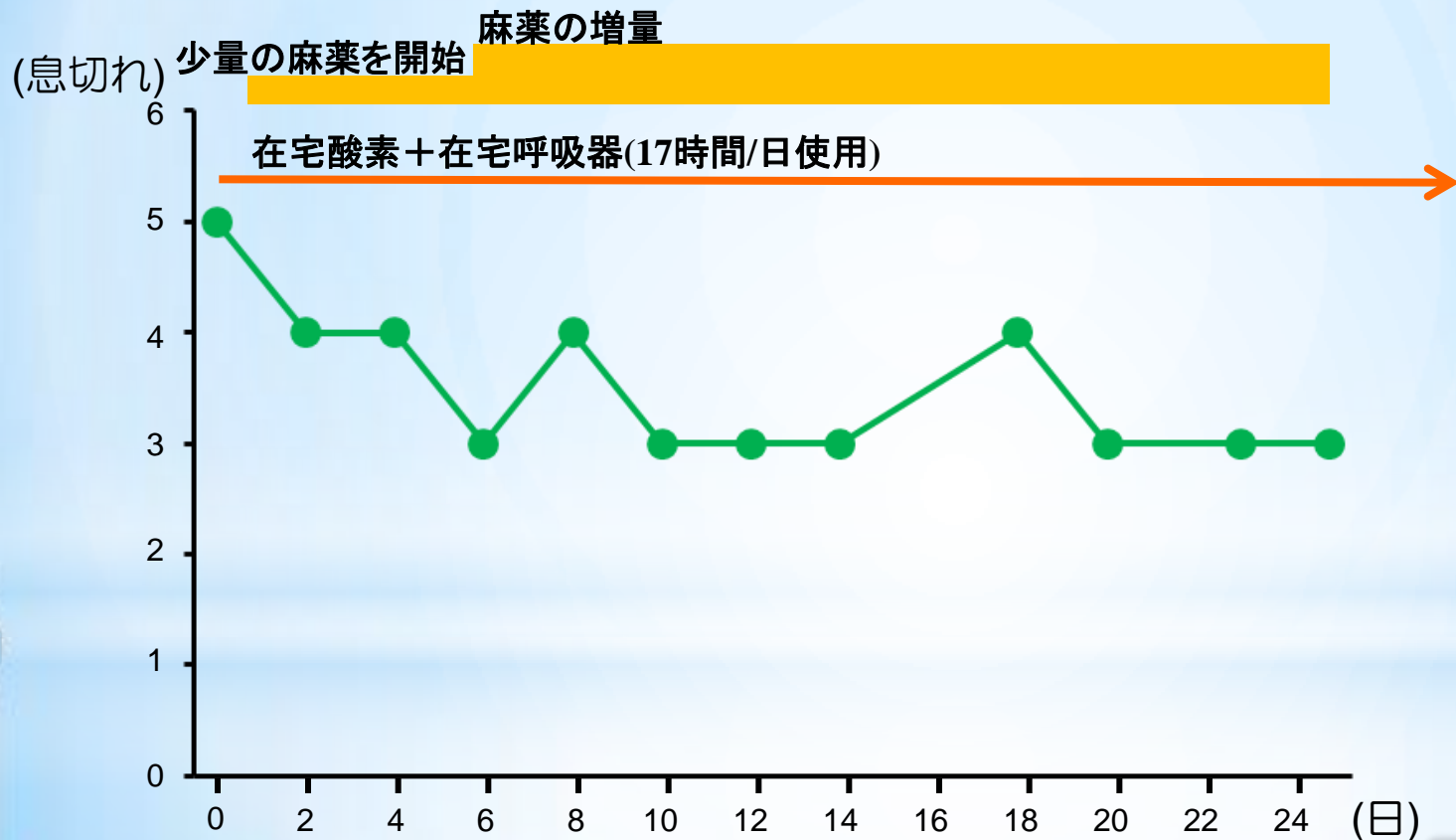
毎日、医療者がいるわけではなく、病院のほうがいいのかと思うこともありましたが、本人がそう言うのなら自宅で介護を続けようとも思いました。

ただ、もし寝たきりになってしまったらオムツの交換など大変なのではないか、と心配もありました。

心不全終末期の緩和ケア

息切れのスコア

0	感じない
1	やや弱い
2	弱い
3	
4	多少弱い
5	強い
6	
7	とても強い
8	
9	
10	非常に強い



人生という旅の終わりに苦痛はいらない



訪問看護師さんへ



いよいよ看取りが近いとなったとき、
患者さん本人・そしてご家族へのケアに
ついて気をつけたことは何ですか。

訪問看護師さん



入浴できなくなったので、体をふかせていただきました。

色々できないことが増えてきて、患者さんに苛立ちがみえ、心が落ち着くよう話を聞くようにしました。

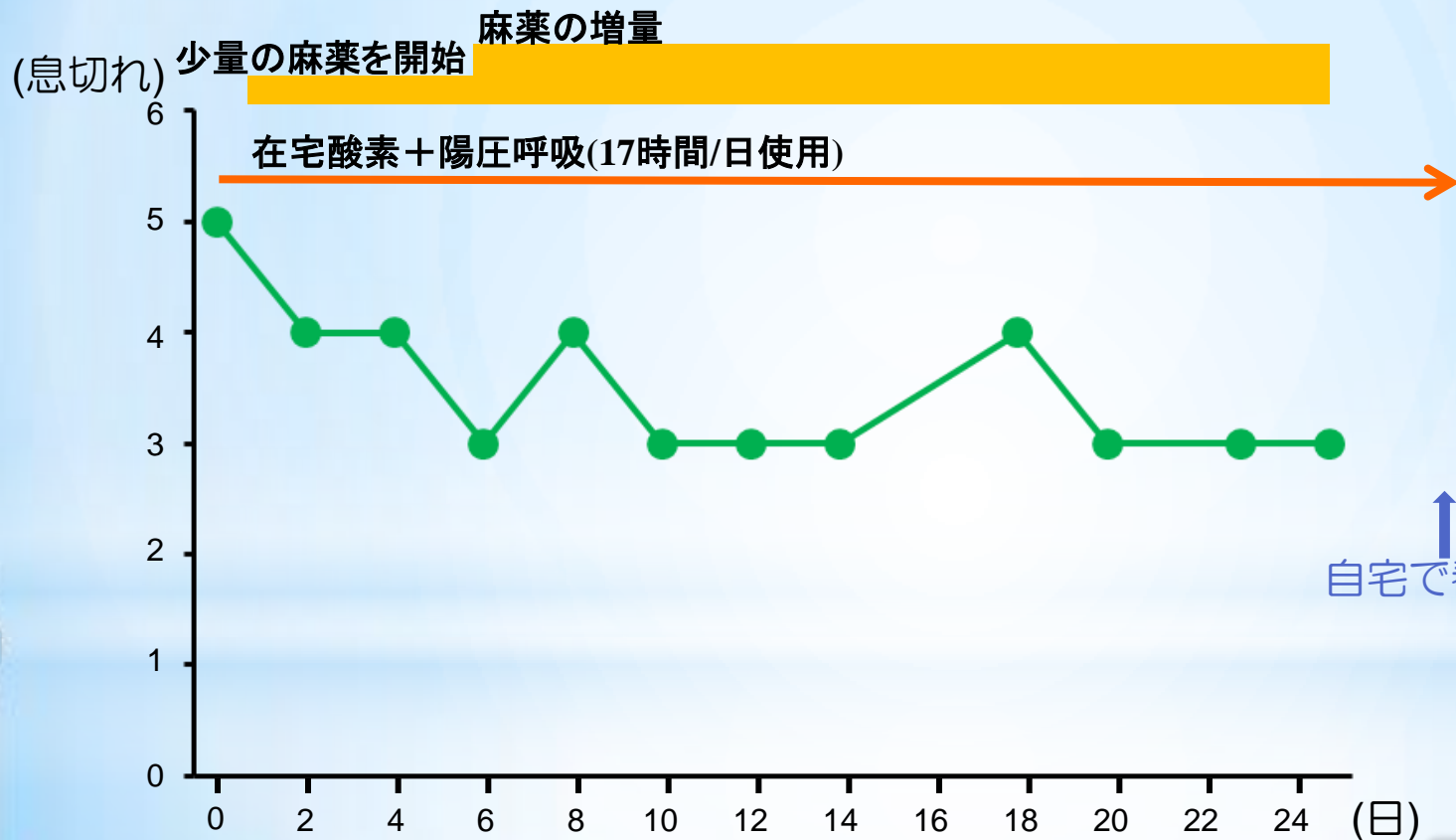
ご家族へは、タイミングをみて亡くなられるときの経過が少しでもイメージできるようにリーフレットを渡して説明しました。

患者さんの娘さんは、はじめショックを受けていた様子でしたが、実際に患者さんを見て、「私の説明していた通りですね」と徐々に受け入れができていった印象を持ちました。

心不全終末期の緩和ケア

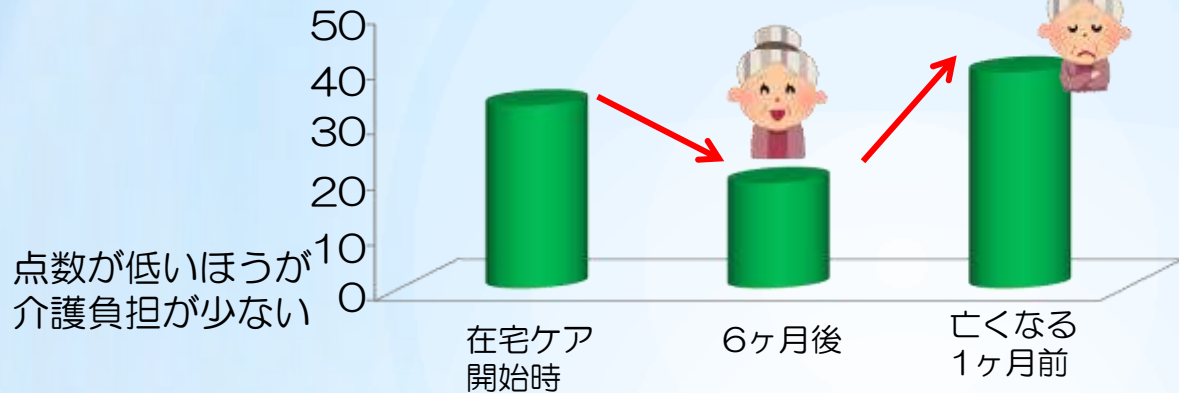
息切れのスコア

0	感じない
1	やや弱い
2	弱い
3	
4	多少弱い
5	強い
6	
7	とても強い
8	
9	
10	非常に強い



人生という旅の終わりに苦痛はいらない

最期の1ヶ月間は介護負担感も増えたため・・・



人生という旅の終わりに苦痛はいらない



ご家族へ



自宅で最期の看取りをされてのお気持ちは・・・。

ご家族



父親は入院すると看護師さんたちに気を遣い、肝心なことは結局家族に頼る性格でした。自宅で最期を迎えることができ本人にはよかったのではないかと思います。

ただ最期の日には発熱して、息がつかうように見えました。少し大変な思いもしましたが、自宅で看取ることができて悔いは残らなかったです。

在宅緩和ケアのポイント

- ① チーム医療
- ② 患者さんの意思確認
- ③ 家族ケア



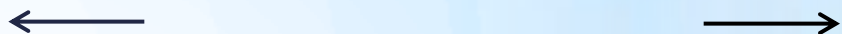
ご遺族からアンケート調査を行いました

自宅で看取らせていただいた21名のご遺族から匿名によるアンケート調査(H26.1月~H29.3月)

問：医師・看護師・ケアマネなどの
スタッフ同士の連携はよかった

全くそう思わない

非常にそう思う



1 2 3 4 5 6

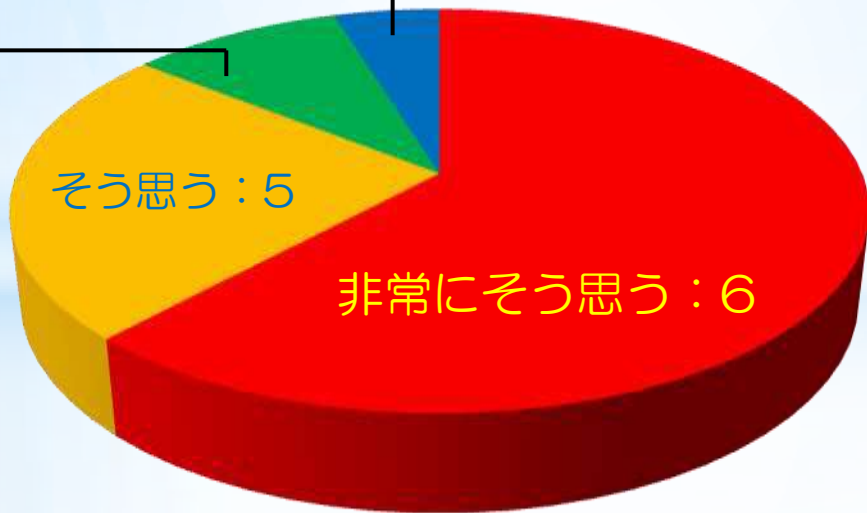
6段階で評価

あまりそう思わない：3

ややそう思う：4

そう思う：5

非常にそう思う：6



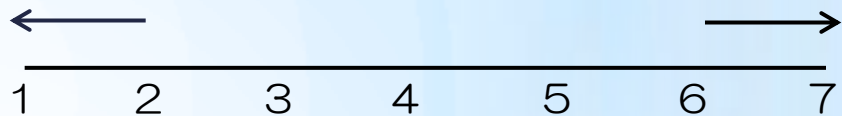


ご遺族からアンケート調査を行いました

問：患者さまは望んだ場所で過ごせた

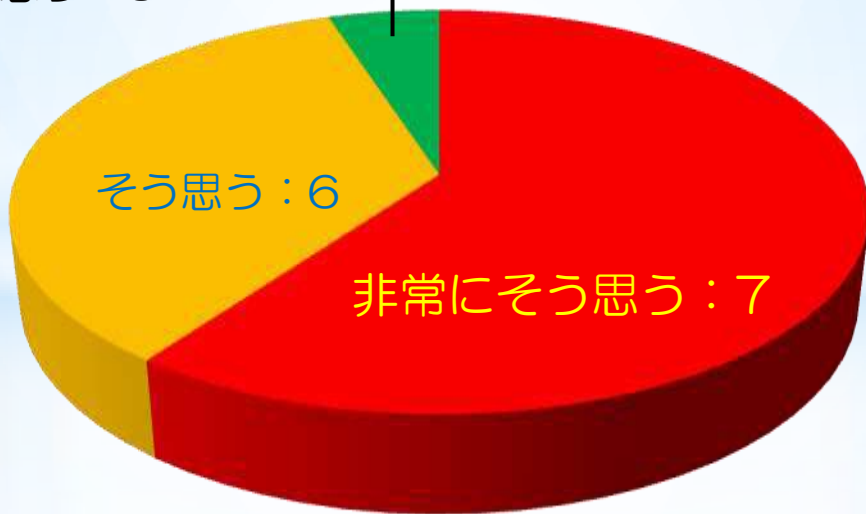
全くそう思わない

非常にそう思う



7段階で評価

ややそう思う：5



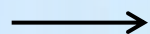


ご遺族からアンケート調査を行いました

問：ご家族が健康を維持できるような
配慮があった

全くそう思わない

非常にそう思う



1

2

3

4

5

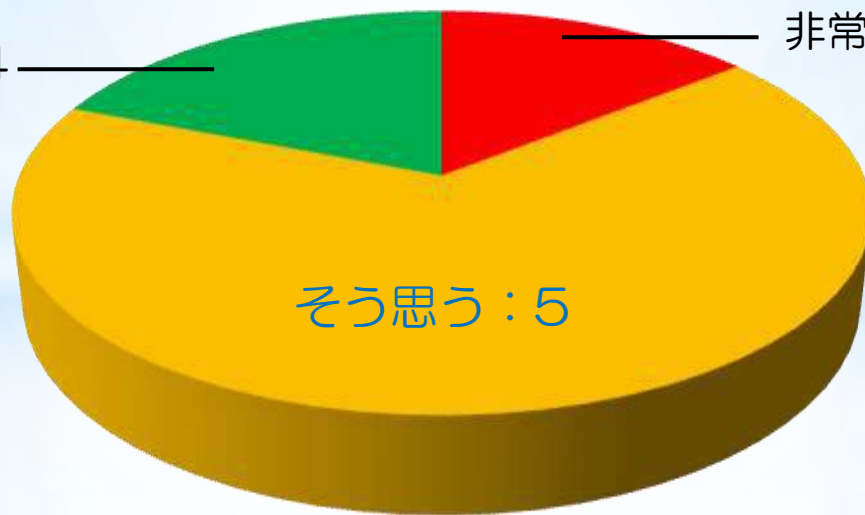
6

6段階で評価

ややそう思う：4

非常にそう思う：6

そう思う：5





ケアマネさんへ



家族の負担を減らすには具体的に
どのような方法がありますか。

ケアマネさん



動きが悪くなると排泄・清潔面に困るようになります。家族がどこまで自宅でできるかを尋ねます。ヘルパーさんに定期的に入ってもらったり訪問入浴という方法もあります。

ただ、自宅では「排泄・清潔面に関しては無理です」というご家族も当然いらっしゃいます。そのような時は、無理強いせずにお迎えに来てくれる通いのサービスや一時的にお泊りするサービスを使ってもらうこともあります。そうすると、家族も自分の時間を持つことができ、旅行にも行くこともできます。そのようにご家族の精神的負担を和らげるように努めています。

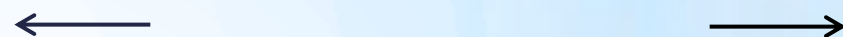


ご遺族からアンケート調査を行いました

問：全般的に患者様が自宅で最期に受けた
医療・ケアは満足であったか

非常に不満足

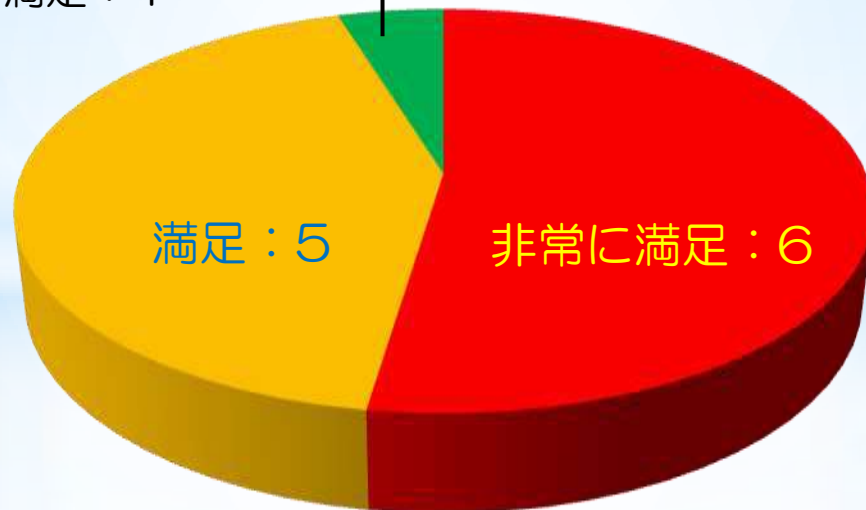
非常に満足



1 2 3 4 5 6

6段階で評価

やや満足：4



自宅で医療・ケアを続けたいと思ったら・・・

西尾市地域包括支援センター

- 東部、八ツ面
- 西尾
- 平坂
- 鶴城
- 寺津福地
- 一色
- 吉良幡豆

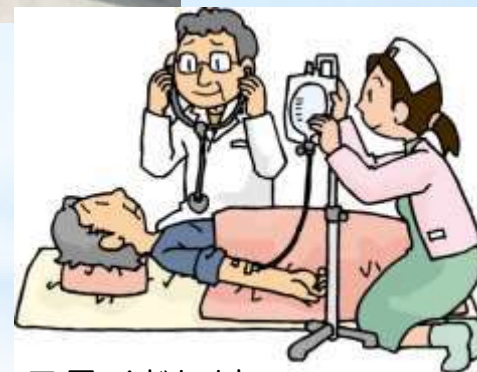
西尾市医師会
在宅医療サポートセンター

かかりつけ医



などへご相談ください。

自宅は最上の病室です



病院では廊下を歩いて病室へ行くように、
私たちは道路を移動して患者さん宅へ向かいます。

当日のスライドには
本人の写真使用

人生という旅の終わりに苦痛はいらない

ご清聴ありがとうございました

