

鳥取赤十字病院

第16回

地域連携懇話会

「看取り」～安心して在宅療養をすすめるために～

超高齢社会を迎える我が国において、西暦2025年には「多死社会」が到来すると言われていています。団塊の世代が一斉に75歳以上の後期高齢者に突入し年間の死亡者数は現在より40万人増えると試算されています。これまでの様に『病院で最期を看取ることが当たり前』では「死に場所難民」が出てくるのは必至です。地域包括ケアや在宅医療の充実とともに、我々もより良い看取りの場所を考えるためパラダイムシフトを求められています。

より良い看取りは安心できる在宅生活の延長線上にあるものです。在宅生活は医療だけで支えることは出来ませんが、看取りにおける医療の現状を知ること、より良い看取り環境について皆さまと一緒に考える一助としたいと思います。多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

場 所:とりぎん文化会館 第1会議室

日 時:平成28年9月28日(水)18:30～20:00

(開場は18:00～)

対象者:医療・福祉関係者

参加費:無料

「在宅看取りを考える」

にしまち幸朋苑 施設長 岸 清志 先生

「終末期ケアと看取り ～患者・家族の心をささえる～」

鳥取赤十字病院 看護部 香河 洋子

「看取り ～薬剤師として～」

鳥取赤十字病院 薬剤部 米田 栄子

主 催 鳥取赤十字病院

後援団体 鳥取県東部医師会 鳥取県東部歯科医師会 鳥取県薬剤師会東部支部 鳥取県看護協会

鳥取県介護支援専門員連絡協議会東部支部 鳥取市 鳥取市社会福祉協議会

お問い合わせ先:鳥取赤十字病院 地域医療連携室 電話:0857-24-8111(代表)



日本赤十字社

Japanese Red Cross Society

鳥取赤十字病院

在宅看取りを考える

にしまち幸朋苑 施設長 岸 清志

2040年には、わが国の死亡者数が年間170万人に達すると推定されており、看取りの場所の確保が課題となっている。国は団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年を目途に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない医療、介護サービス体制、すなわち地域包括ケアシステムの構築をめざしている。これは病院や施設等に依存しない体制づくりとも言え、在宅医療の普及による在宅看取りをも視野に入れたものである。その一つとして2006年、一般診療所に比べ診療報酬を高く設定した「在宅療養支援診療所」が創設された。登録医療機関は全国で増えてはいるものの、在宅看取りの増加には期待されたほどの効果が上がっていないのが現状である。一方、同じ年に創設された特養における「看取り介護加算」、2009年に創設された老健における「ターミナルケア加算」グループホームにおける「看取り介護加算」は施設看取りの増加という点で効果があがっており、鳥取県でも医療機関での死亡が減り、介護施設での死亡が着実に増加してきている（図1）。演者が勤務するにしまち幸朋苑特養においても、急変で死亡

した入居者を除けば、ほぼ全員に看取り介護が行われている（図2）。さて、在宅看取りが進まないもっとも大きな理由は、本人自身が「介護してくれる家族に負担がかかる」ので迷惑をかけたくないというものだが、「症状が急変した時の対応に不安」、「往診してくれる医師がいない」など、医療そのものに関わる理由も少なくないので、在宅看取りが進むためには、安心して在宅療養ができる体制の整備が必須である。また「自然死」あるいは「平穏死」を望む人たちが、自分の意思を元気なうちに記しておく「リビングウィル」、あるいは「事前指示書」をしたためておくことも、無駄な延命治療を避けるためには必要である。さらには本人・家族が死を受け入れ、最期の時間を安心して過ごすことができるよう、一般向けに看取りの啓発をすることも重要である（表1）。治療のみに明け暮れた先に死があるのではあまりに悲しい。根治がかなわないのであれば緩和ケアをベースに、その人らしい尊厳のある終末期を過ごすことができるよう、終末期ケア、看取りケア、あるいはエンドオブライフケアが提供されるべき時代になっている。それは在宅、病院問わず言えることである。

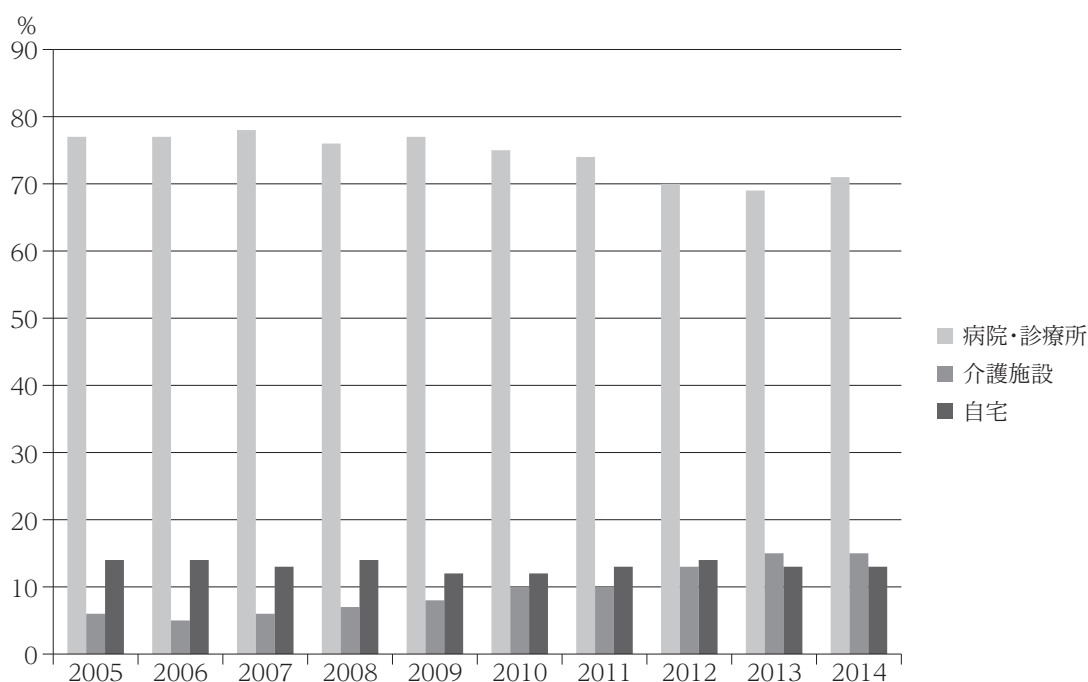


図1 死亡場所の推移（鳥取県）
（鳥取県人口動態統計より作成）

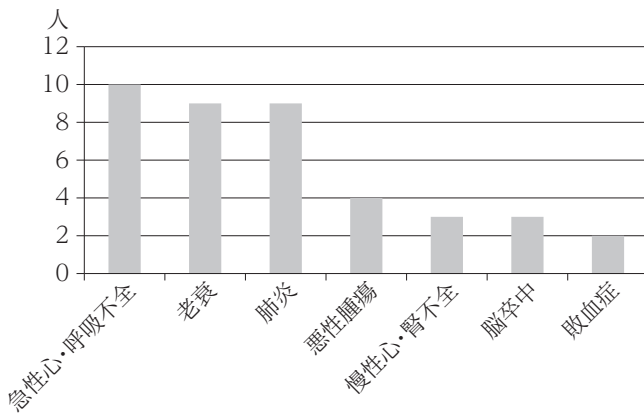


図2 にしまち幸朋苑特養入居者の死因
4年間（平成24年7月～平成28年9月）41人
看取り介護加算 29人（71%）

表1 在宅看取りが進むには

- ・在宅専門医の増
- ・訪問看護師の増
- ・かかりつけ医が在宅医療を担えるシステムづくり
- ・家族と在宅ケアを担う職種の連携
- ・リビングウィル，事前指示書の普及
- ・一般向けに看取りの啓発

看取り～患者・家族の心を支える～

緩和ケア認定看護師 香河 洋子

厚生労働省の「平成18年人口動態統計」によると、死亡者の約8割は病院で亡くなっています。治療，延命を目標とし，入院し，その時に関わるのは一般病棟になります。当院でも治癒を目的とした治療の他，病状の維持，症状の緩和，QOLの維持向上を目的とした抗がん剤治療も積極的に行っています。しかし病気が進行し，積極的治療が困難となった時は患者，家族はその後の療養場所や最期の時を迎える場所を選択しなければならぬし，選択する権利があると考えます。その意思決定を支え，患者・家族が望む形で看取りを迎えるために一般病院の医療関係者の持つ役割は重要だと思っています。そこで一般病院の看護師の立場から看取りについて事例もまじえて考えてみたいと思います。

余命が1～2か月に限られていたら，どこで過ごしたいか。最期まで自宅で過ごしたい，自宅で療養し必要になればこれまで通っていた病院に入院する，あるいは必要になればホスピスや緩和ケア病棟に入院する，また早い段階からこれまで通っていた病院に入院する，あるいは緩和ケア病棟に入院する，分からないといった色々な選択肢があると思います。終末期における在宅医療に関する国民のニーズからは，自宅で療養して必要になれば医療機関を利用したいという回答を含めると6割以上の方が在宅での療養を希望しています。しかし希望する療養場所は，病状の経過や家族の状況等様々な理由から変化していきます。6割以上の方が在宅療養を希望されるが，死亡場所別でみると最後まで在宅療養された方は1割強となっています。本人の希望と在宅における終末期

医療の体制に大きな差がある事がわかります。

最期の時を自宅で過ごしたいとの希望を持ち，自宅で看取りを迎えることができた患者，色々調整はしたが自宅での看取りが叶わなかった患者，この2つの事例を通して，在宅での看取りがなかなか実現しない理由を家族と医療の視点で考えてみます。家族の問題として①家族に負担をかけてしまう②患者と家族，あるいは家族間の意見の不一致，患者の意思が家族に伝わらない③家族が弱っている患者の様子をみることに耐えられない，死を受け入れる準備ができていない④家で看取った経験がない⑤家族が介護や看取りが出来ない状態（介護力，環境，経済力等）が考えられる。医療の問題として①在宅で必要な時に必要な医療が受けられないのではないかと②入院が必要になった時にすぐに入院出来ないのではないかと，すなわち患者，家族を支援する医療者側のコミュニケーション不足，また在宅での看取りの体制が不十分であること，病院の医療を在宅へ移行することの応用力がなく，生活の視点が不足していることが考えられます。

患者さんが家に帰りたい理由は「家は自由」「わがままできる」「気兼ねしなくていい」「一番自分らしくいられる」等，特別な事ではなく日常生活を今までと同様に送りたいという願いです。

看取りにおいて①人はそれぞれの生き方，死に方の希望がある②医療者は看取りのケアで何を大切にすればいいのか自分の価値で考えない③療養場所，最期の時を迎える場所の選択の意思決定支援を行い，患者・家族にとって良いと思われる方向に医療者も同じ目標を持って支

援する。④在宅療養に踏み切れない要因、介護力、医療連携など不安なこと1つ1つをチームで支援し解決していく、それが心を支えることにつながる⑤病院の医療を

在宅へ移行することの応用力が必要。生活の視点を持って患者・家族の支援をする、これらが患者・家族の心を支えるための医療者の大切な役割であると思います。

『看取り』～薬剤師として～

薬剤師 米田 栄子

厚労省在宅医療推進室が提示している『在宅医療の体制』によると、薬局は日常の療養支援・急変時の対応・退院支援・最後の看取りまでの全てにおいて、他職種・他施設の方々とネットワークを結び、患者を支援する立場にある。

そして近年の国の方針により、病院は早期退院を目標とし、自宅で療養しながら治療を続け、最期まで自宅を希望される患者・家族は増えており、在宅医療における薬剤師の役割は大きくなっている。

在宅医療における薬局・薬剤師の役割として、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域における医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組むことが明記されている。

例えば、病気の進行に伴い内服困難となった患者と直接面談することで、患者状態を把握し適切な服薬形態を選択する。具体的には、理解力の低下した患者に対しては一包化を行い、お薬カレンダーやお薬ケースを使用し服薬指導を行う。嚥下能力・身体的低下が見られる患者に対しては速崩壊性薬剤や経皮吸収型薬剤などへの変更

を提案し、簡易懸濁法や服薬ゼリー等を使用した服薬介助を検討する。気管支喘息や肺気腫治療の基本である吸入薬は、粉タイプのDPI (dry powder inhaler) が主流であるが、ある程度の吸気力がないと肺まで薬が到達しない。したがってその確認を行った上で、エアータイプのp-MDI (pressurised metered dose inhaler) やネブライザータイプのBIS (budesonide inhalation suspension) への変更や吸入補助器使用を勧める。

多くのがん患者に出現する疼痛に関しては、早期よりの対応が求められている。近年、非オピオイド鎮痛薬やオピオイド鎮痛薬は多種多様発売されるようになり、その中より患者のライフスタイルにあった医薬品の選択に関わり、鎮痛効果・副作用等を確認しながらタイトレーションやローテーションを医師や看護師と相談し行っていく。高カロリー輸液やオピオイド注射液の混注業務を行う保険薬局も少しずつ増加している。

薬剤師が看取りに立ち会うことはほとんどないと思われるが、薬物療法は患者・家族が安心して在宅療法を行っていく際には必要不可欠であり、他職種で患者・家族を支えていく中で個々の患者に合った医薬品選択をする際の一助を担っていきたいと考える。