

平成 29 年度 在宅医療・介護関係職種と市民病院との合同事例検討会 議事録

日時：平成 29 年 7 月 25 日 18 時～19 時

場所：豊川市民病院 講堂

<参加者>

病院医師 1 名 在宅医師 1 名 訪問看護師 7 名 ケアマネジャー 13 名 訪問管理栄養士 1 名
介護職 2 名 福祉用具専門相談員 3 名 病院看護局看護師 2 名 病棟看護師 4 名 外来看護師 2 名
認定看護師 2 名 地域連携センターMSW 2 名 地域連携センター退院調整看護師 5 名
コンダクター 1 名 合計 46 名

1. 開催の挨拶 在宅医療サポートセンター

今回の事例検討会は 2 回目となる。ひとつの事例を通して関係する多職種が集まって一体となって事例を振り返って学びたい。同じような事例に出会った時に、ここでの検討内容を活かしていきたい。

2. テーマ

高齢独居の患者への意思決定支援について

-がん疾患にて死去された Y さんの事例を通して-

3. 意見交換の要旨

①事例紹介：豊川市民病院 がん性疼痛看護認定看護師

乳がん 70 代 自壊創があり、自己にて処置ができず訪問看護・介護を導入していた。抗がん剤投与中にアレルギー症状がおこり、効果があった薬剤が使用出来なくなってから自壊創の増悪が進行した。それに伴い ADL 低下も進行し、在宅医療チームと病院認定看護師は、孤独死の可能性も視野に、療養の場を自宅以外で検討する必要性を感じたが、患者はまだ大丈夫と在宅療養の継続を希望され続けた。患者の病状認識と医療者の思いにズレがあり、意思決定支援に悩んだ。キーパーソンがいない中、高齢独居の患者への意思決定支援をするにあたり、主治医がどのようなタイミングでインフォームドコンセント（以下 IC と略す）を行えばよかったのか、地域との連携の在り方を一緒に検討したい。

②意見交換内容

病院医師>トリプルネガティブで抗がん剤が効きにくいタイプだった。キードラッグの抗がん剤がインフュージョンリアクションにて使用できなくなってしまった。患者は自壊創だけの問題と捉えていたので、軽く考えていたようだが、抗がん剤が効かないので治療方針としては療養型の施設へ転院が良いと考えていた。

外来看護師>外来で抗がん剤治療をしている時は元気だったので、抗がん剤投与と自壊創を小さくする点に集中していた。入院をきっかけに初めて介護保険利用やケアマネによる助けが必要とわか

った。ギリギリまで自宅で過ごしたいという思いは訴え続けられていた。

病棟看護師>患者は養子縁組をしている大阪のいとこを頼りにしていた。しかし実際に在宅で過ごしたいという患者の希望に対して、いとこの都合もあり、同居はできないと言われ、患者の思いとズレがあった。

担当ケアマネ>とてもプライドの高い方で、関わった職種によって態度が違った。ケアマネに対しては弱い部分を見せなかった。介護が必要な中、毎日誰かが入れるように最大限努力をした。介護必要度が高くなっても「私は抗がん剤治療をして良くなる」という思いが強かった。主治医から話をしてもらわないと、これ以上ケアマネからの働きかけはできないと看護師に伝えた。

訪問看護師 1>患部からの浸出液が多く、1日2回変えていた。しかし浸出液が多いのは良くなっている証拠だと言っていた。今後の事を相談しようとする怒る事もあった。栄養状態も悪く、転倒も繰り返しており、孤独死も十分考えられた。

訪問看護師 2>今考えると、がん末期の診断をしてもらってれば、医療訪問に変更して介護を多くする調整が適切だったと考える。独居で経済的に衛生材料が負担になっていた。悩みながら試行錯誤で処置方法を検討した。その後電子@連絡帳を活用して、病院認定看護師との意見交換を開始してからは、在宅での様子や受診での様子を情報共有ができた。

病院医師>がん末期という言葉はどの時期を指すのか？

在宅医師>在宅に移行した時のがん末期とは、臨床的ながん末期とは違っている。訪問看護が毎日複数回必要な方、歩けていても病状急変の可能性が高い方、ギャッジベッドが必要な方など、在宅での介護サービスの枠で支援が広げられる。

病院医師>認識のズレがあり、知らなかった。私たち臨床医はがん末期というと余命2ヶ月と捉える。この患者は肺にしか転移がなかったため、全身状態は元気だったため、がん末期と診断しなかった。

在宅医師>在宅において、がん末期の場合は、訪問看護にたくさん入って欲しい人は医療で使える。在宅で困らず生活できるよう支える為には診断が必要なのでお願いしたい。現状では、殆んど在宅に移行する時に「がん末期」と記載がない。しかし、現実には平均1ヶ月のうちに亡くなっている。認識の差がやはりあると思う。

認定看護師>がん末期診断と訪問看護指示書の変更について、主治医に相談できる立場だった。今後は情報共有を基に相談できる。病院と在宅での患者の様子はかなり違い、訴える内容も違うことがわかった。

コンダクター>患者が見せる顔は病院と在宅で違いがあることがわかった。退院調整は外来から始まるが、外来に通っている患者に対し、在宅で支援しているチームはいつどんなタイミングで情報交換や相談が病院側とできるのか。

担当ケアマネ>主治医からのICの内容で支援内容が変わってくる。IC内容を理解し患者をどのように支えていくかということを常に考えていた。

訪問看護師 2>良くなっていくと思っている患者に、私たちがこれ以上言うてはいけないという思いもあった。病院側がどのような説明をして患者がどのように理解したのか、そこがわかると支援

を検討できる。もう少し早い時期で電子@連絡帳を活用して、認定看護師との情報共有をすべきだった。

訪問看護師 1>最後に入院した時は、自分で生活することはかなり厳しい状況で孤独死を心配していた。

「体が辛くて自分では生活できない、食事もとれない、自壊創のケアもできない、悪くなった時に入院させてもらえるのは市民病院しかないから行って来るね」と言っていた。

訪問看護師として、在宅での様子を病院と情報共有できていればと思う。

外来看護師>療養生活の様子をイメージできないのは知識不足からくるものもある。患者が困っていたことを初めて知った。この事例を通して地域との連携が重要なことを学んだ。

コンダクター>認定看護師が関わっている事例は、認定看護師が地域との連携の土台を作っている。外来では元気になっている患者の変化がわかりにくいのは仕方がない部分もある。病院と地域どちらからでも、困った時、聞きたいことがある時に聞けるような関係づくりを行っているところだと思うが、まだお互い相談しにくい状況か。

訪問看護師 2>毎日訪問から帰ってくる時間が17時すぎになってしまうと直接電話などで連絡は取りづらい。電子@連絡帳は認定看護師としかできないが、そこは多く活用していきたい。

認定看護師>こちらからも地域には遠慮せずに相談しやすくなった。がんの患者に限定はされるが、認定看護師に気軽に相談していただきたい。訪問看護師だけではなく、ケアマネでも良いので相談して欲しい。

担当ケアマネ>退院前カンファレンスに参加する時でも、病室に行くまで多くの事務的手続きが必要。

ケアマネにとっては気軽に相談できないのが市民病院の現状だ。訪問看護を導入することで情報共有がしやすくなるので相談している。

在宅医>この事例はがん治療が中心だったが、並行して在宅医を導入して訪問診療を入れるタイミングはなかったのか。介護保険申請時や腫瘍熱が出た時など多くあったと思うが。

認定看護師>何度も患者に提案し、訪問看護とも相談したが患者が希望されなかった。病状の理解ができていなかったことも原因だったかもしれない。また、毎週通院していたのも理由。

病院医師>モーズペーストでの処置もあり、毎週受診が必要だった。在宅医ではお願いできない処置だった。

在宅医>在宅医を入れるメリットは管理料を5万円くらい使用できるので、その中で材料を用意することもできる。材料が経済的負担となっている場合は活用して欲しい。

コンダクター>今回直接関わっていない方からも意見はありますか。

退院調整看護師>入院せずに外来から地域へ繋いで欲しいという件数も増えて来ている。地域からの問い合わせ窓口のシステムを考えていかなければならない。

4. まとめ 在宅医療サポートセンター

医師からいつどのタイミングでICをしていくべきだったかが論点の一つだった。それは、病院職員と在宅療養を支える職員とが、密に連絡をしあっていたら、適切な時期が検討できたとわかった。重要なのはやはり連携。地域の連携の仕組みに繋げていきたい。

