

最期まで 自宅で 過ごしたい

地域を支える診療所の実践

看護師

川邊綾香

2005年大阪赤十字病院看護学校卒業後、同院呼吸器内科・外科、救急外来に勤務。2015年9月より現職。



院長

川邊正和

2000年福井医科大学卒業後、同院第二外科勤務。2002年より大阪赤十字病院呼吸器外科勤務。2015年より現職。日本外科学会専門医、呼吸器外科学会専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、PEACE主催緩和ケア指導者。



看護師主体のチーム医療で、 “最期まで自宅で”の願いをかなえる

かわベクリニックの紹介

当院は、患者それぞれの状態に合わせた、病院では行えない個別性のある緩和ケアを在宅で実現するため、そして、「最期は自宅で帰りたい」「自宅で帰りたいと思った時が退院するとき」という願いをかなえるため、2015年9月に在宅支援診療所として開院した。以来、がん患者が抱く「“最期は自宅で”という思いを支援し、病院と同じような療養生活を送れるように」をクレド（信条）として医療サポートを行っている。

望まない延命処置への 後悔から、在宅診療所を開院

私が「最期を自宅で過ごしたい」と望む人々を支えたいと考えたのは、10年前の祖

父の死がきっかけであった。祖父は、狭心症と慢性心不全の既往があり、3カ月に1度は大病院に通院していたが、次第にその通院も困難となっていった。下肢浮腫が顕著となり、食欲低下、臥床時間が延長。当時看護師5年目の私は、「祖父の死」が訪れる日は近いことを感じていた。

ある日の深夜、祖母から「おじいちゃんが倒れた。助けに来て…」と電話。急いで駆けつけると、うつむきに倒れており、意識レベルは低下し、頭部に裂傷があった。慌てる祖母を落ち着かせ、救急車を要請し、かかりつけの大病院に救急搬送を依頼したが、受け入れ不可との返事であった。結局、私が勤務していた大阪赤十字病院に搬送されたが、到着数分後に心停止となった。

この時初めて、かかりつけ病院での死亡で

施設概要

名称：かわベクリニック（在宅訪問診療で緩和ケアを主としたクリニック。基本的に個人宅のみの対応）

開院：2015年9月

メンバー：常勤医師1人、非常勤医師：3人、常勤看護師4人（うち緩和ケア認定看護師1人）、事務員2人
年間の看取り：約70人

看取り件数：総数320人（2020年10月30日現在）

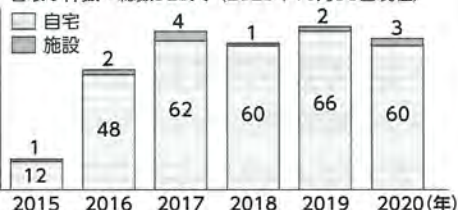


写真1 布施緩和ケア研修会を開催



医師ではなく、地域の看護師が講師を務める

なければと警察が介入することを知った。病院に警察官が来て、「事件性がないか自宅を調べたい」と言われた時、家族として大きなショックを受けた。祖父の遺体は警察署に運ばれ、警察が自宅を調べ、数時間後に問題ないと連絡があり、ようやく引き取ることができた。

その2カ月後、運命なのか、私は救急科に配属となった。日々救命を必要とする人が運ばれ、中には祖父のように最期まで自宅で過ごしたいと希望していても病院に搬送され、望まない処置をされる人もいた。私は、その理由を「最後まで診てくれる医師がない」「自宅で楽に過ごせるように支えてくれる人がいない」「家族が不安で救急車を呼んでしまった」と考えた。本人が望んでもいない救命処置をするのは、医療スタッフもつらいし、家族にも「本当は自宅で看取ってあげたいけど怖かった」という後悔が残る。そのような人々の力になりたいと、強く思った。

同時期に、パートナーである医師・川邊正和も病院から在宅への移行がスムーズに行われない症例が続いたことで受け入れる側に回ろうと考えていたこともあり、かわベクリニックの開業に至った。

◆ 当院が大切にしていること

看護師が主体となって現場で判断、できる領域を増やす

当院が一番の軸にしていることは「看護師主体の医療への転換」であり、医師と看護師のヒエラルキーに対して独自の考えを持っている。

在宅医療では、医療サービスの責任者である医師よりも患者とより密接にかかわる看護師の方が状況を正確に把握できる。看護師の判断でできる領域が広がれば、患者が望む治療をすることができる。その仕組みとして、看護師が主体となり、現場で判断・対応し、その判断を医師が尊重し、受け止め、医師がすべき対応は医師が行うという体制とした。

これにより、「患者を主とした、看護師中心のフラットなチームによる終末期医療サービス」を実践している。

在宅医療に関する勉強や研修会の実施

医療・介護の枠を越えた地域医療連携を図るために、院長（川邊正和）が所属し、理事を務めている布施医師会と協同し、布施緩和ケア研修会を年4回、開催している（写真1）。2019度は、「多職種で行うエンドオブライフ・ケア研修～聴く力～」というテーマで、

スピリチュアルな苦しみ、つまり「答えることのできない苦しみ」について研修を行った。毎回の参加者は50人を超え、医師、看護師、ケアマネジャー、管理栄養士、住職など、多職種が集まる。この研修会は、医師ではなく、地域の看護師が講師を務めることも一つの特徴である。

また、年に1回、テーマに沿った講師を招聘して総会を開催している。2020年度は、「人生の最終段階 あなたの意思を実現してくれるのは誰でしょうか？ ～ACP 決めた内容 誰がする～」をテーマとし、エンドオブライフ・ケア協会の小澤竹俊氏に講演いただいた。併せて、布施緩和ケア研修会の活動状況をシンポジウムとして報告した。ZOOMでのオンライン開催で、定員100人を大きく上回る総勢160人の医師、看護師、ケアマネジャー、薬剤師などの多職種が参加した。オンライン開催ということもあり全国で視聴され、この研修会が広く周知されている印象を持った。

「看取りの報告書」による 病診連携

がんと診断され、治療を受けてきた日々。そして、やがて旅立つ。看護師として、受け持ち患者のことを思い続け、最期までつながっていたい。また、病院の看護師にも患者が生きた証を忘れてほしくない。そのような思いを「看取り報告書」として書き記し、伝えている。

病院勤務だったころ、患者が退院・転院した後にはどのように療養しているのか、外来に通院できているのかなど、気になっていた。時には主治医から「先日亡くなられたよ」と教えられたり、家族が病棟まであいさつに来

てくださったりして患者のその後を知ることもあったが、自分から知りたいという気持ちがあれば、日々の業務に追われ、知ることのできない環境であった。

患者の“最期は自宅で”という思いを支援し、病院と同じような医療・療養生活を送れるようにするために、退院時の診療情報提供書や看護サマリーがある。医師同士が報告書で連携しているように、看護師同士も連携して顔の見える関係を築き、最期まで病院と連携を図ることで、遺族のグリーフケアが可能となり、また退院支援に対する看護師の意識改革につながるのではないかと。そのような思いから、当院では開業当初から、病院看護師に宛てて「看取りの報告書」を送っている。

事例紹介

Aさん、80歳、女性。

診断名：胃がん末期。

家族構成：夫と2人暮らし。愛犬（海ちゃん）。

現病歴：胃空腸バイパス術施行。その際に腹膜播種を確認。同年2月より術後化療を施行したが、胃がん直接浸潤に伴う閉塞性黄疸あり。同年12月にベスト・サポーティブ・ケア（BSC）の方針。在宅訪問診療の開始。

【亡くなる3日前の診療記録より 看護師訪問】

※当院では日々の訪問診療記録をSOAPに沿って記載している。

KT：36.7，P：92，BP：76／40，SpO₂：93
S）昨日夜が長くてつらかった。おなかの中全部が痛かった。トイレにも行けないし。…えっ、昨日月曜日だったの？ そう…。今は、主人のことも海ちゃんのお世話もできないから数日入院しようかな？ 2階に

図 がん末期の病の軌跡



誰かいる？ いつも誰かが来ているみたいなもの。

〈夫より〉朝トイレに行けなくて「先生に電話して」って言うから電話させてもらった。こんな状態だったら入院した方がいいかな？ 俺には何もできないしな。(予後数日であることを説明) やっぱりそうか。そうやと感じていた。意味が分からんことを言うようになって、そんなことを言いはじめたら先短いつてよく言うでしょ。葬儀屋とかも声かけた方がよさそうですね。病院に行っても見ているだけで、先生たちが来てくれる、僕がすることがないのであれば、彼女の望むようにしてあげてください。

○) 会話は成立するが見当識障害あり、傾眠。

○月○日の薬をすべて飲み忘れあり。腹壁ややソフト。膀胱留置カテーテル挿入後、濃縮尿少量のみ。ヒップアップ可能、起き上がりも自己で可能ではあるが支えが必要。

A/P) 病状の進行による意識レベルの低下、ADLの低下を認める。血圧も低下しており、予後数日と判断する。

疼痛に対しては、内服が困難になることが予測されるため、フェンタニルテープ8.4mg/3日貼付、およびナルサス6mg1錠、ジ

ブレキサ2.5mg、オキノーム2.5mg内服。

14Fr膀胱留置カテーテルを挿入して、穏やかに眠ることのできる状況にする。

【夫に対し、がん末期の病の軌跡について説明(図)】

先週までは「だんだん」と変化して、1週間前と様子が違うようになっていると思います。今日の様子を見ていると、血圧も低下して、「どんどん」に変化して、この場合は日々状態が変わっていきます。早ければ数日だと思っています。Aさんの今の苦しみは、「痛い」「眠れない」「トイレに行けない」ということです。これらに対しては、痛み止めのテープを貼り、眠り薬を調整して、おしっこの管を入れたのでトイレに行かなくてよくなります。落ち着いて、痛みなく眠っていただけるなら自宅で過ごしたいという気持ちがあります。そのためには旦那さまの協力が必要となるけれど、何かをしてもらいたいのではなく見守っていてほしいです。今日から、朝夕に看護師または医師が訪問しますので安心してください。

〈夫より〉「覚悟はしていたけど、やっぱりそんな時期なんやな。分かった」

【Aさんの死後、「看取り報告書」を作成】

Aさんの死後、クリニックにてケアを振り返り、担当看護師が主となって「看取り報告書」を作成しました(資料)。

積極的な「グリーフケア」

当院では、四十九日と1年が経過したころに、遺族にグリーフカードを送付している。四十九日に送るカードには、患者との思い出や家族に対しての労いの言葉を添えている。大切な人と別れた後も悲しみに寄り添い、つながりを大切にしたいという気持ちを伝える

資料 看取り報告書

20〇〇年×月×日

消化器内科 ○〇先生 御侍史
緩和ケア科 △△先生 御侍史
消化器内科外来 看護師、スタッフ一同 様
退院支援課 師長 MSW〇〇 様

お世話になっております。
また、平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
早速ではございますが、以下の件についてご報告させていただきます。

いつもお世話になっております。
20〇〇年2月にご紹介いただいたA様についてご報告させていただきます。
介入当初より、A様の希望は18歳になる愛犬(海ちゃん)の面影を見るために入院せず、出来るだけ家で過ごしたいでした。あまり、人の介入を好まれません。介護保険の申請も希望されないうまま、必要最低限の訪問回数で、0病院との併診という形で診療を続けてきました。徐々にADLが低下する中、介護用ベッドの導入を提案しましたが、ヘルニアがある海ちゃんの腰の負担となるから、ベッドは入れないなど生活の中心は海ちゃんでした。6月の中旬より腫瘍熱、腹満及び疼痛増強などの諸症状が出現する状況の中、やはり『海ちゃんを残しては逝けない。だから、病院にも行きたくない』という気持ちが強く、自宅での療養継続を希望。また、旦那様に対して、『私の死を受け止めて、一人で生きていく準備をして』と言い続けられました。私たちが旦那様が受容はされているものの、今までの夫婦関係もあり、どのように接しているのか分からずにいるのではないかと思います。旦那様とA様の間を取り持つような形で支援を続けました。7月上旬、病気が進む中、A様は、「お、海ちゃんが良くなって言ってくれるなら家で一緒にいたい」と気持ちを吐露されました。その日を境に、旦那様は覚悟を決められ、意識が遠のくA様の寝衣交換やオムツ交換、そして夜には一緒に寝て、手を握り続ける姿は寂しさを感じながらも、愛が垣間見られました。そして、旦那様、海ちゃんが見守る中、7月〇日午後〇時〇分に安らかに永眠されました。ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしくお願ひ致します。
なお、ご不明な点がございましたら、お問い合わせいただけますようお願い申し上げます。

かわベクリニック
看護師：川邊 綾香

ためである(写真2)。

グリーフカードを受け取った家族から、返事をいただくことも多い(写真3)。手紙であったり、電話であったり、わざわざクリニックを訪ねてくださったりすることもある。それらが私たちの支えであり、これから出会う患者やその家族への力となっている。

東大阪プロジェクト立ち上げ

一つのクリニックでできることは限られる。そこで目指したのが、地域包括ケアシステムを充実させることだ。

患者を中心に、医療と介護の両面を把握できる看護師を主体としたフラットな在宅緩和ケアチームを地域でつくる。その輪は医療・介護職に限定せず、多職種であり、文字どお

写真2 遺族に送るグリーフカード

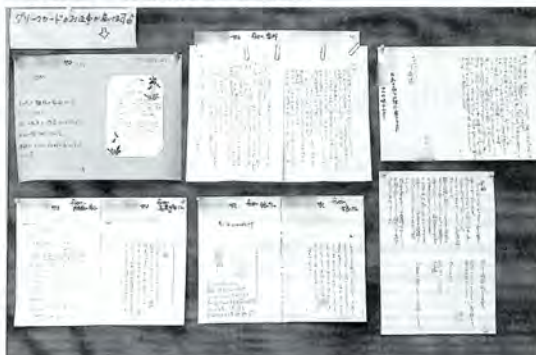
晩秋の候
いのお過ごしでしょうか。
お父様が旅立たれた20月が経ちました。
大切なお父様を亡くされた心の痛みは、
未だ癒えはしないと思います。
お父様が、ご自分の病としっかりと向き合われ、
できる時に、やりたいことをする生活を置くことが
できたのは、様をはじめとするご家族の
皆様のサポートがあったからこそと思います。
お父様のご冥福をお祈りいたします。
寂しい日々暮らすことと思いますが、お身体に気を
つケアお過ごし下さい。

かわベクリニック

川邊 正和

川邊 綾香

写真3 家族からの手紙



り1つでも多くの職種がかかわるシステムの構築を目指している。

その実現のために「東大阪プロジェクト」を立ち上げ、次の3つを軸に活動を行っている(写真4)。

- ①エンドオブライフ・ケア研修
- ②アドバンス・ケア・プランニング研修(縁起でもない話をしよう会)
- ③いのちの授業

写真4 東大阪プロジェクトメンバー



これらの活動を通して、「出会うことで人が動き出し、共に未来を変える～穏やかなエンディングみんなで～」という世界観に共感

してもらえる仲間を増やしている。人が集う場所や人が集う機会をつくり、共通の目的につながる問いを立て、そこで出会った人同士が共感のもとに動き出し、解決に向かうことを目標とし、日々活動を続けている。

私たちは、人生の最終段階を迎えた患者が抱く、「最期は自宅で」という思いを支援し、病院と同じような療養生活が送れるように」を信条に、これからも活動を続けていく。

参考文献

- 1) 小澤竹俊：折れない心を育てるいのちの授業、KADOKAWA, 2019.

離床時の移乗や介助時の身体的トラブル防止に！ 高齢者介護における スキンケア(皮膚裂傷)の予防・ スキンケアのポイント

大西山大氏 医療法人社団 広域白報会
なごや在宅診療所 院長

札幌 21年 1/23 (土)
道特会館

名古屋 21年 3/20 (土・祝)
日総研ビル

[時間] 10:00~16:00

[参加料・税込] 本誌購読者 16,000円 一般 19,000円

プログラム

1. 皮膚の解剖生理と高齢者の皮膚の特徴
2. スキンテア (皮膚裂傷) の定義
3. スキンテアのメカニズムおよび原因
4. スキンテアの種類
日本語版STAR(Skin Tear Audit Research)スキンテア分類システム
5. 施設におけるスキンテアに関する現状と実態
6. 慢性期病院や施設における
スキンテアに関する現状と実態
7. スキンテアの発生に関与した介護行為
●身体的トラブルの概要、場所、月別集計、時間 ほか
8. スキンテアの好発部位-STAR分類別の発生部位
9. スキンテア発生後に実施した治療方法
●症例紹介 ●治療方法(テープ固定、ドレッシング材、軟膏、ラップ療法)
10. スキンテア発生後に実践したスキンケアの実際
11. 事故防止対策
●アームウォーマーやレッグウォーマーを利用した予防的ケアの変遷 ほか

お客様の生の声は

日総研 14332

検索

【症例・画像】で実践的に学ぶ！ 褥瘡ケアチームに欠かせない 最新創傷ケアの知識と 褥瘡ケアの進め方

松岡美木氏 埼玉医科大学病院

褥瘡対策管理室 副師長・褥瘡管理者 / 皮膚・排泄ケア認定看護師

大阪 21年 2/13 (土)
田村駒ビル

[参加料
税込] 本誌購読者 16,000円
一般 19,000円

[時間] 10:00~16:00

プログラム

1. 褥瘡ケアで必要な基礎知識
●皮膚の解剖生理 ●創傷の種類と創傷治療過程 ほか
2. 褥瘡治療で使用する外用剤とドレッシング材
●外用薬/ドレッシング材の選択基準と使用時の留意点
●褥瘡アセスメント・評価から見る褥瘡治療の進め方と優先度の見極め
3. 臨床で活かす褥瘡アセスメントと治療方法の選択
●褥瘡アセスメントの目的と方法～褥瘡リスクアセスメントツールの活かし方
●DESIGN-R®の使用法
●DESIGN-R®での評価にあたって注意すべき事項
●NPUAP分類の理解と捉え方 ほか
4. 褥瘡ケアの進め方
～原因除去とその重要性に気づき、
日常援助技術の見直しを図る
●体圧管理～体圧測定 / 体圧分散寝具・用具の種類と選択
臥床時・座位時のケアポイント
●栄養管理～栄養アセスメントとケアへの活かし方
栄養補助食品の使用判断基準
食事を食べない患者へのアプローチ方法
5. スキンテアとMDRPU

ねらい・
お客様の
声は
Webへ



日総研 14812

検索