

当院における 看取りケアの現状

坂の上ファミリークリニック

統括責任者 看護師 細田 修

在宅療養支援診療所

- ①診療所である。
- ②その診療所において24時間連絡を受ける医師または看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で患家に提供している。
- ③患者の求めに応じて、自院または他の医療機関、訪問看護ステーションとの連携により、求めがあった患者について24時間往診・訪問看護ができる体制を確保する。
- ④ ③の患者について24時間往診・訪問看護を行う担当医師・担当看護師等の氏名、担当日等を患家に文書提供する。
- ⑤緊急入院受入体制の確保
(他医療機関との連携による確保でも良い)
- ⑥地方社会保険事務局長に年1回、在宅看取り数等の報告をしている。
(ただし、平成22年度改正で診療所だけでなく、24時間365日体制で地域の在宅医療を支える200床未満の病院にもこの制度を広げ、在宅療養支援病院が認められることになった)

クリニック紹介

- 医師 常勤4名 非常勤10名
 - 看護師 常勤12名 非常勤4名

 - 居宅事務所 訪問介護事業所 2
 - 訪問入浴事業所 事務スタッフ 用務
- 全体職員数 約110名

当院の現状報告

(平成23年10月～平成24年9月)

当院の診療内容

在宅緩和ケアを積極的に携わり、本人や家族の希望に沿って在宅や施設にて出来る限りのサポートを行っていく

■ 定期訪問 ■ 往診

□ 処方 □ 点滴 □ 栄養管理等

□ 疼痛コントロール 麻薬の管理 等

◆ 約7割の方へ点滴

◆ 約半数の方に麻薬を使用

そのうちの約半数の方に持続皮下注を施行

当院の現状報告（癌患者のみ） （平成23年10月～平成24年9月）

癌にて診療患者238名

- 在宅看取り 142名
継続中の患者を除き介入患者の
77%を自宅で看取っている
- ホスピス入院 12名
- 病院 30名
- 継続中 54名

当院の現状報告

(平成23年10月～平成24年9月)

癌にて診療患者 238名

- 当院のみ訪問看護介入 164名
 - 当院と訪問看護ステーションの
連携介入 50名
 - 訪問看護ステーションのみ介入 9名
 - 訪問看護なし 15名
- 看取り率
- 当院訪問看護で介入患者の約80%
 - 訪問看護ステーションとの連携 約50%
 - 訪問看護なし 約30%

訪問調整



医師の出勤数と方面によって予定を決定

訪問日の工夫

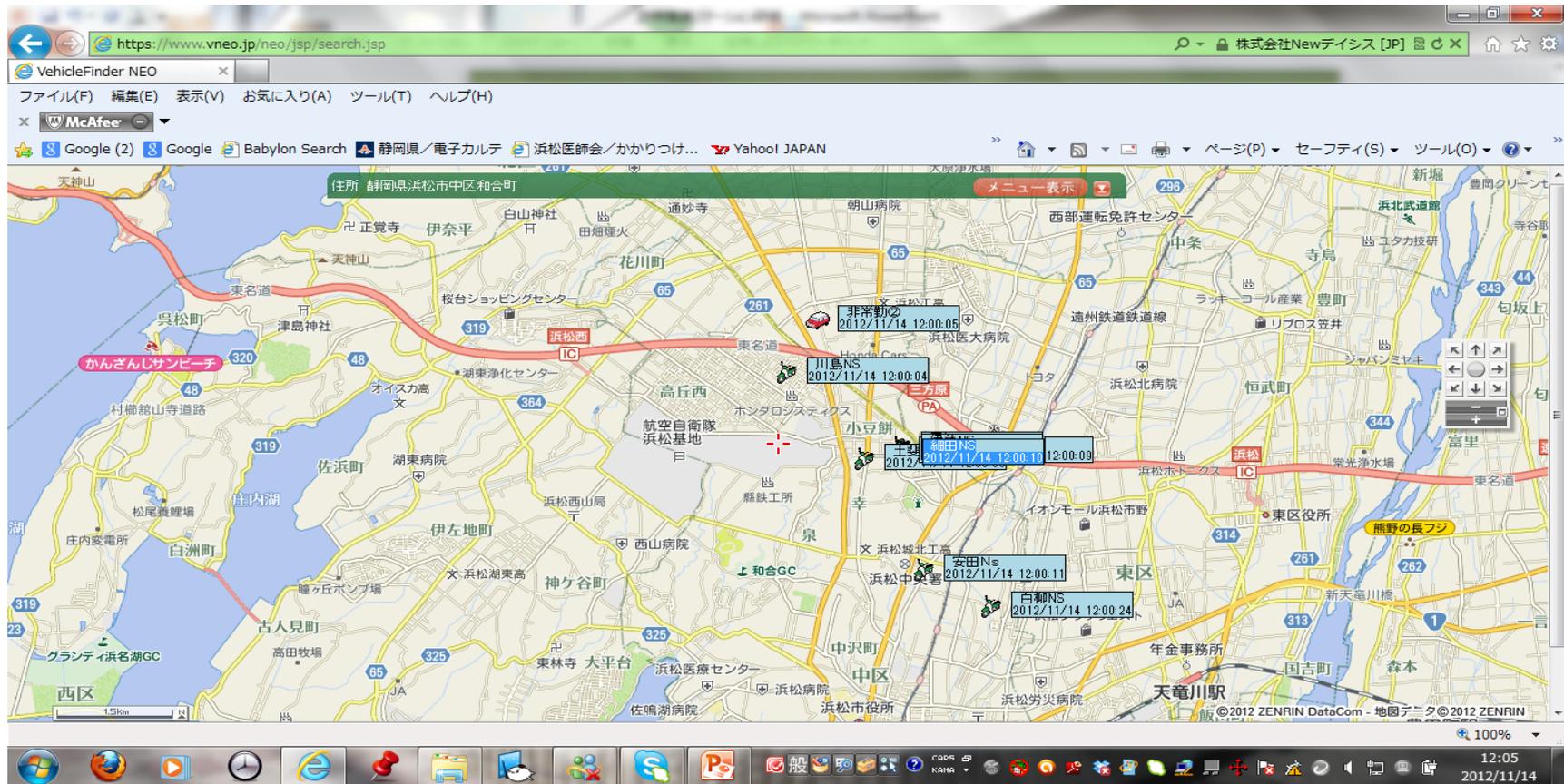
退院日から3～4日間は医師か看護師にて連日訪問

癌患者 ⇒ 基本的に週に三回訪問 隔日
週に一回の訪問診療

日	月	火	水	木	金	土
	医師	看護師		看護師		看護師
	看護師	医師	看護師		看護師	
	看護師		医師	看護師		看護師

在宅がん医療総合診療にて介入を行っていることが多い

緊急時の対応



緊急の内容にもよるがなるべく早く対応できるスタッフが対応

当院の訪問看護体制

□ **訪問内容 緊急** **0～1件／日／一人**

点滴指示による点滴や抗生剤点滴等
状態悪化時の連続訪問
問題点に対する対応が必要な時
緊急訪問の依頼があったとき

訪問看護の実際

- 退院時共同診療への参加
- 退院前日訪問の実施
- 介入時からの患者、家族の気持ちを把握
- 病状を把握する 予後予測 問題点等
- 介護者の抱える問題点の把握
- 訪問日の工夫
- 紹介元病院への状況報告（医師への情報提供をうながす 連携室への問い合わせ等
- ファイナルステージ時の連日訪問
- 適切な保険の選択（医療保険と介護保険）
- 家族支援（必要時面談等）
- 記録用紙の工夫
- 訪問看護ステーションやケアマネージャーへの連絡

当院の訪問看護体制

医療保険を中心に医療依存が高い方を優先的に介入している
介護保険は住宅型の有料老人ホームを中心に携わっている

□ 訪問内容 定期 4～5件 /日/一人

療養相談 身体症状の確認

家族からの療養相談

医療行為

(点滴・麻薬の管理・輸血等の準備)

身体のケア

サービス調整 (ケアマネージャーとの連携)

カフティポンプやPCAポンプの指導

(家族や他訪問看護ステーションへ)

症状マネジメント

器械を使用中のお部屋です



**内服薬・貼付剤・坐剤・注射薬の使用
病態に合わせてモルヒネやフェンタニルを使用**

ミタゾラムやコントミン等の鎮静剤も使用

□ 退院時共同診療への参加

- 医師の参加
 - 診療の引き継ぎ 看護の引き継ぎ
 - 患者・家族への挨拶 当院の医療体制の説明
 - スタッフをしってもらうことができる
 - 本人や家族の思いを確認することができる
 - 介入者（訪問看護ステーションや
ケアマネージャーと意思の統一が行える
- 時間調整が困難

退院前日訪問の実施

- 退院時共同診療～退院日までの状態確認
- 患者・家族の抱える不安や問題点の把握
- スタッフの顔をしってもらう
信頼関係の構築作り
- 時間調整が困難

介入サービス事業所への情報提供

- **必要時サービス担当者会議の開催**
- **ケアマネージャーへの情報提供
介入事業所の意思統一**

◆ **情報共有**

TEL

FAX

自宅でノート等による伝達

医療も必要であるが生活を支える介護スタッフへ十分に説明していくことが必要だとかんがえています

紹介元病院への情報提供

連携室担当者への病状報告

入院希望時のスムーズな受け入れ体制の構築

ホスピス病棟との連携

**アウトリーチ（病院緩和ケアチーム）との
カンファレンス 同行訪問**

デスカンファレンスを開催したこともあります

ファイナルステージ時の連日訪問

- **患者・家族の不安の軽減
なるべく時間をとるように調整
必要時医師との面談調整**
- **身体状況の確認**
- **苦痛なく安楽な最期をすごしていただくための
コンサルテーション**

適切な医療保険の選択

- 余命半年と診断を受けた時点で末期がんである
ADLが保てているから元気だから介護保険ではない
- 癌の方の病状は急激に悪化する
- 医療保険を主に介入
- 医療保険で介入することにより介護サービスが
充足することも可能

当院看護師は

- 患者・家族の目線に添って関わりを持つ
- 患者・家族が在宅療養を安心して継続できるような介入を常に考えていく
- 看護師もやりがいを持てるような関わりをしていく
- 勉強会の参加や施設見学もみんなで共有
- チームで介入することで個人で負担を負うのではなく全員で共有をしていくことを心がけている

ご清聴ありがとうございました

