



より高度な臨床
より深い研究
より広い教育
より積極的な保健活動

地域医療連携室だより

Community Healthy Network News

共に診る・共に支える地域医療

在宅療養における患者・家族への意思決定支援

～自分らしい暮らしを最期まで続けるために～



JA秋田厚生連・平鹿総合病院

もくじ

- 心疾患急性期医療における意思決定支援と多職種連携
主に心臓リハビリテーションからの視点で ……伏見 悦子 ②
- 在宅診療の意志決定 ～家族とともに～ ……荻原 忠 ③
- 少しの一押し、後押し、ちょっとのお節介 ……近野 悦子 ④
- その人らしく療養生活を送るために ……佐藤千夜子 ⑤
- 在宅療養における利用者・家族への意思決定支援 ……鈴木 史子 ⑥
- 在宅療養における利用者・家族への意思決定支援 ……照井 牧子 ⑦
- 訪問看護のご案内 …… ⑧

心疾患急性期医療における意思決定支援と多職種連携 ～主に心臓リハビリテーションからの視点で～



平鹿総合病院
循環器内科診療部長
心臓リハビリ指導士

伏見悦子

近年、急性心筋梗塞や弁膜症、心筋症などで心不全に陥る患者さんが増えています。横手平鹿地域も例外ではありません。さらに高齢の患者さんが増えていますので、病気はある程度治療し得ても、入院前の生活に戻れない方も多く、そこでの退院支援は困難をきわめます。医療が進歩し、以前は助からなかった高齢者の心不全もある程度のところまでは回復します。しかし、入院前には軽度であった認知症の症状が悪化したり、身体的および精神的にもフレイルの状態に陥ったり、退院後の生活を考える上で様々な支障が生じます。

さて、当院では、心疾患で入院された患者さんには早期から心臓リハビリテーションを開始しています。心臓リハビリテーション(以下心リハ)とは、心臓病の患者さんが低下した体力を回復し、精神的な自信を取り戻して社会や職場に復帰し、さらに心臓病の再発を予防し、快適で質のよい生活を維持することを目指して、運動療法、患者教育、生活指導、カウンセ

リングなどの活動プログラムに参加することです。主に循環器内科医と専門の看護師、理学療法士がチームとして担当しています。

私たち医師は、ともすると急性期の治療に全力を尽くすがあまり、入院までの患者さんの生活歴や家庭状況、そして患者さんやそのご家族の思いに気づくのが遅れてしまうこともあります。そこで心リハスタッフがチームとして治療に関わることにより、全人的な治療を目指すことが可能になります。患者さん一人ひとりの思いや希望に沿いながら、退院後の生活の再構築に向けた心リハを進めています。

しかし、退院後、独居のため雪かきを一人で行う、入院中と同じ食生活を続けることができない等の理由により、心臓病を繰り返し、再入院する患者さんが非常に多くいます。そのため、心不全の予後はがんより悪いとも言われています。退院後も安心安全な生活を維持できればいいのですが、患者さんの思いや周囲の状況でかなわないことも多く、日々私たち循環器内科医は心リハスタッフとともに悩みます。しかし、何の希望も楽しみもない安全な生活がいいとは言えません。

治療方針を決めるにも、急性期や心不全末期の状況では、患者さんの意思よりもご家族の希望が優先される場面が多くなります。しかし、本来はご本人の希望が大事です。そこで、最近では心不全患者さんの終末期緩和医療にも心リハが関わっていくことを進めています。人生の締めくくりとしてご本人はどんな希望を持っているのか、一旦よくなった時点で思いを引き出しておく、そこまでの関わりを持てるのは、日々密に関わる心リハ部門ではないかと思えます。がんと違って余命を告知することはほとんどありません。しかし、心不全は完治できる疾患ではありません。なるべく再入院までの時間を有意義に過ごし、最期も患者さんの希望に叶うよう、在宅での生活の質に配慮することが重要です。退院後も、地域のかかりつけ医、訪問看護、訪問リハ、薬剤師、介護スタッフとつながり、一人の患者さんの心リハチームになれば理想です。

高齢の患者さんは、自分にはない様々な経験をしてきています。その方の人格、人生を大切に関わっていけば、患者さんらしい暮らしを最期まで続けていく方法は開けていくように思います。その思いで今後も心リハを進めていきたいと思っています。

在宅診療の意思決定 ～家族とともに～



おぎわら内科診療所
所長

荻原 忠

常時、在宅30名、高齢者施設50名程度の患者さん(とその家族)を受け持っています。高齢で動けないために在宅・施設診療の対象となった方ばかりです。治療方針を決定する、本人と家族にお話しする、意向を踏まえて修正する、時々状況変化に対応するといったことは、どこの現場でも同じです。

在宅の場合、自宅を訪問すると生活の様子がわかります。より具体的な相談ができる所は、お互いの納得のいく方針決定に有利に働くとおもいます。また、通常1軒のお宅に訪問して10分～30分くらいの時間を使いますので、本人・家族の様々な疑問にお答えすることができます。

在宅の患者さんは複数の介護サービス、ケアマネージャーや福祉関係者と関わって生活しています。それぞれの関係者は原則としてパートタイムで関わります(時々「サービス担当者会議」が開かれますが)。日々の状況の変化や、各種のサービス担当者の持っている情報をどう繋いでいくか(情報の共有)が課題です。情報共有化の走りは薬局で発行する「お薬手帳」です。平成20年に開業する時に患者さんの枕元に診療情報を置くための「マイカルテ」を考案して、全部の利用者に持ってもらっています。これを医療・福祉の関係者に見てもらえば、家族の説明負担が減る、病院の外来や救急受診の際に診療情報を提供することができる、意思決定は家族の理解がカギとなるのでその一助となる、家族が遠くの親戚に説明する時に役立つ、将来的に在宅グループ診療や当番医制の役に立つ、などのことを期待しています。

在宅の看取りを視野に入れる場合、医師に対して直接本人の意思表示があることはまれで、家族が本人の意思を尊重して実行することが多いのです。家族と目的を共有するには、共通の理解の元に継続して支援して行くことを保証すること(=本人・家族の安心感)が大事です。日々変化する状況に、各種のパートタイムの在宅サービスが情報を共有してついていく体制が必要です。開業して9年目になりますが、その体制が徐々にできてきていると感じています(行き来する情報は確実に増えています)。

独居、高齢世帯が増える中で、意思決定の難しい場面が増えることが予想されます。高齢者施設では、ほとんど家族と会うこともなく方針決定を迫られる医師の負担も課題です。

それぞれがものすごく違う状況の中で、判断を迫られた時に役立つ共通の原則があるとすれば「年寄りを粗末にしない」、「自分の親だったらどうするか」でしょうか。

少しの一押し、後押し、ちょっとのお節介



株式会社 ひだまり
池田薬局横手店
薬剤師

近野 悦子

薬局薬剤師としておぎわら内科診療所荻原忠先生の訪問診療に同行させていただいてから、早くも9年が経ちました。在宅で療養されている患者さんへ安全で最適な薬物療法を提供できるよう、荻原先生の指示のもと、患者さんの症状や身体・生理機能に応じた調剤、副作用のモニタリング、服薬指導等を行っています。在宅患者さんやご家族と関わり、そこで様々な職種の方と知り合えて得た経験は、私の貴重な財産となっています。

最近、在宅でも外来でも、認知症の患者さんに接する機会が増えてきました。患者さんの多くは、一時的に興奮状態が高まり、症状を抑える薬が追加されることがありますが、ご家族も施設の担当者の方も薬を使いたがらない場合があります。しかし、使用が遅れると、ご本人が疲れきったところに薬が作用するため薬効が強く出てしまい、次回使用することが怖くなってしまいます。そのような場合は、ご家族へ薬の効能や服薬のタイミングについて説明し、服薬について

判断に迷う時にはいつでも電話で相談するよう伝えています。時間外でも対応できることが、患者さん、ご家族には安心につながるのではないのでしょうか。

また、老々介護のご家庭に訪問した際、介護者の認知症状に気づき、遠方で暮らしているご家族へ状況を説明し、今後のことを考えていただくよう説得したこともあります。認知症に関してはご家族が認めたくない気持ちがあり、なかなか治療に進めない場合があります。そのような時、薬剤師として適切な情報を提供し、ご家族の不安や思いを受け止め、納得して治療に踏み出せるよう、少しでも役に立てたらと思っています。

訪問診療に同行させていただくと、在宅での患者さん、ご家族、生活環境等の状況がわかりますので、訪問診療に同席していないご家族が薬を受け取りにいらした際は、療養中の様子について話をすることがあります。特に主な介護者が高齢者の場合は、今の状況に対して必要と思われることを説明して、解決するためにどうしたらよいか、どのような介護サービスがあり、それを利用することでどのようなメリットがあるのかを話しています。自分もそうだったのですが、困っていることを誰にどう話せばよいかかわからず、戸惑っているご家族が多くいらっしゃるように思います。そのような場合は、先生やケアマネージャー、訪問看護師への相談を促したり、「このようなことで困っているようなので、話を聞いてみてもらえますか？」と私がつなぎ役になったりしています。私ができること、話せることには限界がありますので、その問題に応じた専門職に橋渡しをすることが大事だと思っています。そして、こうした少しの後押しが、患者さん・ご家族の不安の解消や介護負担の軽減へとつながり、さらに在宅療養における意思決定支援、QOLの向上へつながることを実感しています。

今後も薬剤師として、かかりつけ医やケアマネージャー等、在宅療養を支援する多職種と情報共有をしながら、服薬指導や療養上のアドバイスをを行い、患者さん・ご家族が在宅での生活を自分らしく安心して過ごせるよう支援していきたいと思っています。

その人らしく療養生活を送るために



すずらん訪問看護
ステーション横手
管理者
訪問看護師

佐藤千夜子

すずらん訪問看護ステーション横手は、予防的支援から看取りまでを支える「訪問看護ステーション」を目指し、平成28年4月にスタートしました。開設して1年が経過した今、利用者さんとの関わりの中で、私たちが「優しさ」を教えていただいたり、「元気」をいただいたりと、利用者さんやご家族の言葉や姿が、私たちの心の支えになっています。

またその一方で、利用者さんの「住み慣れた環境で、自分の家族とともに過ごしたい。」という思いをご家族が受け止め、在宅療養を決意しても、直面しないとわからないご家族の心配や不安、精神的負担が大きいことにも気づかされました。たとえば、初めての在宅介護に対する不安や抵抗感、容態が急変した際の対応、老々介護による身体的・精神的な疲労、がんの終末期の在宅看取りに対する希望や葛藤などです。

しかし、このようにたくさんの不安を抱えながらも在宅療養を選択したご家族から、「最初は不安と緊張でいっぱいでしたが、訪問看護師が24時間体制で対応してくれることで気持ちが落ち着きました。」「本人の希望どおり、最期を自宅で看取ることができたのも、訪問看護師のおかげです。」等の声をいただき、訪問看護師の役割の重要性を感じるとともに、私たちの励みとなっています。

在宅療養にはご家族の協力が不可欠です。その意思決定においては、ご家族の負担や不安をいかにして減らすかが大事であり、そのためには、急性期病院での退院支援、退院前カンファレンスがとても重要であるということを実感しています。退院後に予測される医療上・介護上の問題点、ご家族の不安等を病院関係者、在宅療養を支援するスタッフが共有し、ご本人・ご家族の思いを受け止めながら支援方法を検討することで、ご本人・ご家族との信頼関係が生まれ、介護負担や不安の軽減につながっています。ご紹介いただいた利用者さんの中には、ご高齢で身体機能が低下し、退院後の独居生活は困難と思われましたが、ご本人と娘さんの「自宅で暮らしたい」という思いを尊重し、いろいろな介護サービスを利用しながら、自立した生活を送っている方もいます。今後も、地域医療連携室を通じて、利用者さんの在宅での様子を病棟にフィードバックしながら、ご本人・ご家族が望む暮らしを継続できるような関わりができればと考えています。

訪問看護はチームケアだと思います。医師・看護師の連携はもちろん、ケアマネージャーや地域の医療・福祉関係者と連携し、今後も病気や障害を持った人が住み慣れた地域やご家庭でその人らしく療養生活を送れるよう、気持ちが伝わるコミュニケーションを大切にしながら、地域の期待に応えられるよう全力で支援していきたいと思えます。

今後とも皆様のご指導、ご協力をよろしくお願いいたします。

在宅療養における利用者・家族への意思決定支援

～その人らしく暮らすために～



雄物川クリニック
訪問リハビリテーション
作業療法士

鈴木 史子

当院の訪問リハビリテーションは平成22年4月に作業療法士1名で開設し、現在は作業療法士2名、理学療法士1名、言語聴覚士1名で、月に80名ほどの利用者さんのご自宅に訪問し、サービスを提供させていただいております。訪問地域は横手市、由利本荘市東由利地区、羽後町、湯沢市です。

利用される方は、脳血管疾患の後遺症、難病、認知症、骨折、内科疾患等による廃用症候群など、様々な疾患を抱えていらっしゃいます。

リハビリを提供する時に、まず座れるようになりましょうとか、立てるように、歩けるようにといった基本動作練習から入ることは多くあります。でも、利用者さんは、「今は寝ていたいなあ…」「腰痛いから

いやだなあ」と思っていることもあるかもしれません。様々なサービス提供を拒否する利用者さんに頭を抱えているといった方は多くいるかと思えます。しかし、拒否することも一つの意思であって、その人なりの理由があります。疲れるから食事をしたくない、痛いから清拭されたくない等々。そのような利用者さんに対して、疲れにくい姿勢で食事ができるように環境や身体状況を整える、清拭の時に痛くならないように筋肉や関節を柔らかくする、そのような関わりをしたことで実際に本人、家族とも生活が楽になった方がいらっしゃいます。

また、寝たきりにならないように車椅子に乗りましょう、起きていましょうと離床を促すこともよくありますが、すぐ疲れてしまう方が多くいらっしゃいます。何もせずにただ座っているという事は、元気な方でも苦痛に感じるものです。しかし、趣味等、自分の好きなことをしている時間は、あっという間に過ぎてしまいます。「やりたいことはありますか？」と聞かれた時に、「(今は思うように動けないから)やりたいと思う(できる)ことはありません」と答える方が多いように思います。「もし思うように動けたら、本当はこれがやりたい」この本人の意思を引き出すことができると、利用者さんとの関わりは変わってきます。訪問リハビリでは、ご家族やご本人と比較的ゆっくりと関わるので、そういった本当にやりたい活動に結び付けられるように介入しています。

今後も各利用者さんが、施設や自宅でその人らしく暮らすためにお手伝いをさせていただきますので、よろしくお願ひ致します。

在宅療養における利用者・家族への意思決定支援 介護支援専門員としての立場から



平鹿指定居宅介護支援事業所
管理者
主任介護支援専門員

照井 牧子

2015年の介護報酬改定や2016年の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築が国の基本方針として挙げられています。このような社会背景を受け、急性期病院では、入院早期から退院支援が進み、多職種間で連携を図る機会が以前より多くなりました。

当事業所でも介護に関する相談は年々増加傾向にあります。病院併設ということもあり、相談者の多くは入院中のご本人やご家族で、その内容は退院後の生活に関するものがほとんどです。そして、退院後の生活の場所として多くの方が施設を希望されます。実際、当事業所で支援している利用者の約18%が自宅以外の場所を「住まい」として生活をされています。ご本人やご家族に施設利用を希望される理由を伺うと、ご本人は「本当は家に帰りたいけれど、家族に迷惑をかけら

れない。」ご家族は「仕事で家にいない。」「高齢で介護できない」などとお話しされます。ご本人が住み慣れた家に帰りたと思うのはごく自然なことであり、できればご本人の望む自宅での暮らしをさせたいと思うのですが、そのためにご家族が退職や休職することや、若い世代の娘や息子に同居をしてもらうことは、現実的には困難です。かといって、施設を選択するのはご本人の思いに沿った支援なのか？ ご家族の思いになってしまっていないか？と自分自身、葛藤する場面が多くあります。

大辞林によると、「意思決定とは、ある目標を達成するために、複数の選択可能な代替的手段の中から最適なものを選ぶこと」と記されています。意思決定支援というのは、ご本人の目標を達成するための選択可能な手段を提示し、選択できるようにすることだと思います。全てがご本人の思い通りとはならなくても、この部分だったら思いに沿うことができる、ご家族も協力できるという本人と家族の意思のすり合わせができることで、ご本人も納得して「住まい方」を決めることができるのではないかと思います。

そして、そのすり合わせと選択をしていくためには、ご本人がどのような状態で、どのような介護が必要なのか、どのようなサービスが利用できるのかといった情報の提供を、ご本人を取り巻く私たち多職種で協働してしっかりと伝えていくことが重要であり、それが本人・家族への意思決定支援に繋がっていくのだと思います。

自分らしい暮らしを支えるために
私たちが24時間、
365日、お手伝いします！

訪問看護

訪問看護は、病気や障害を持った人が住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく日常生活を送れるように看護師などが生活の場へ訪問し、主治医の指示に基づき、医療処置や療養上の世話、看護ケアを行い、療養生活を支援するサービスです。

乳幼児から高齢者まで、病状や障害の程度に関わらず、訪問看護を必要とするすべての人が受けられます。



訪問看護 サービスの内容

<p>✿ 医師の指示による医療処置 かかりつけ医の指示に基づく注射・医療処置(カテーテルの管理など)</p>	<p>✿ 病状の観察 病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック</p>
<p>✿ 医療機器の管理 在宅酸素、人工呼吸器などの管理</p>	<p>✿ 療養上のお世話 身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助・指導</p>
<p>✿ 床ずれ予防・処置 床ずれ防止の工夫や床ずれの手当て</p>	<p>✿ 在宅でのリハビリテーション 拘縮予防や機能の回復、嚥下予防訓練</p>
<p>✿ 認知症ケア 事故防止など、認知症介護の相談・アドバイス</p>	<p>✿ ご家族等への介護支援・相談 介護方法の指導や、様々な相談対応</p>
<p>✿ エンド・オブ・ライフケア がんなどの終末期でも、自宅で過ごせるよう適切なお手伝い</p>	<p>✿ 介護予防 低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス</p>

横手市内の訪問看護ステーション

(あいうえお順)

ステーション名	住 所	電話番号
JA秋田ふるさと訪問看護ステーション	横手市平鹿町醍醐字道中後28-1	56-0299
すずらん訪問看護ステーション横手	横手市大雄三村東18	38-8355
ナースステーションふきのとう	横手市山内土淵字中島86-1	53-2055
虹の街訪問看護ステーション横手	横手市三本柳字寺田135-3	23-5376
平鹿訪問看護ステーション	横手市前郷字八ツ口3-1	33-0632
訪問看護ステーションあじさい	横手市梅の木町7-20 大久ビル 2-A号	23-8671

訪問看護の利用に関するご相談は、受診している医療機関(かかりつけ医)、
居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)、お近くの訪問看護ステーションへ

地域医療連携室スタッフ

室 長	高橋	俊明
副室長	榎本	好恭
医事企画課長	橘	善幸
看護副師長	大日向	久美子
看護主任	大沢	知佳
事 務	中嶋	秋子

病院住所／〒013-8610 横手市前郷字八ツ口3番1
TEL／0182-32-5121 (代) FAX／0182-33-3200
[地域医療連携室連絡先]

- 地域医療連携室
TEL : 0182-45-6012 / FAX : 0182-32-0698
- HP : <http://www.hiraka-hp.yokote.akita.jp/>