

緩和ケアが必要な患者の在宅療養事例について

【目指す姿】

- がん末期など、生命を脅かす病による心身の痛みや苦しみを抱える患者であっても、適切な緩和ケアを受けながら、住み慣れた自宅等で安心して在宅療養できる環境が整備されていること。

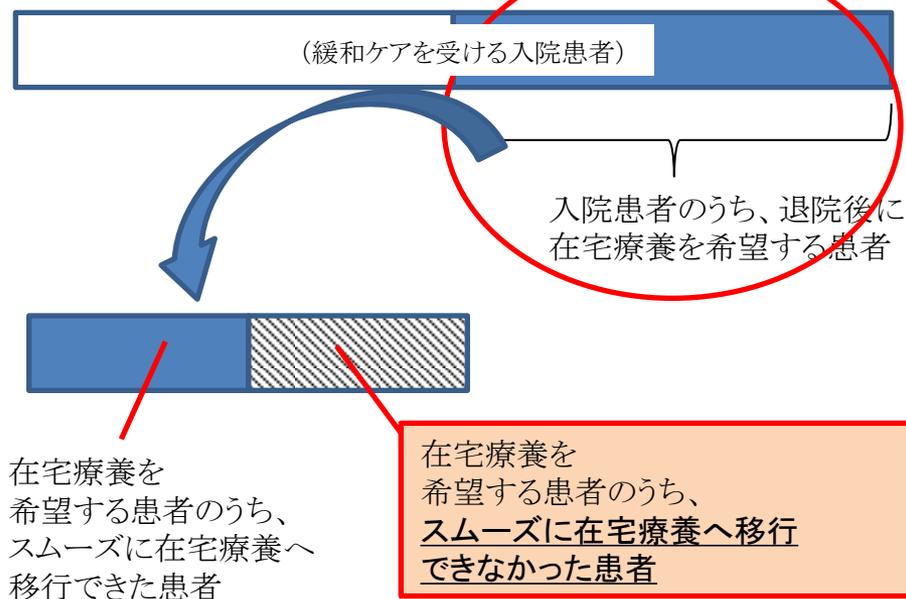
【現状において】

- 緩和ケアが必要な患者の「在宅療養への移行」（病院から在宅へ）に当たって、問題となっている点はないか？
- 緩和ケアを受ける在宅療養中の患者が、看取りを含めた「安心な療養生活」を送る上で、問題となっている点はないか？

- 阻害要因を実際の事例から探る
(委員からの事例発表、意見交換)

- 問題・課題の洗い出し、整理を行い、今後実施する実態調査の質問項目に反映させる

例：入院患者の在宅療養への移行において…



- ・在宅療養へのスムーズな移行を阻む要因は様々考えられるが、

- それが医療提供上の問題であるならば、その実態を明らかにし、解消するための取組に繋げていく

第2回在宅緩和ケア推進検討委員会

令和元年9月3日火曜日 県民健康センター
公益社団法人埼玉県看護協会西大宮訪問看護ステーション
一般社団法人埼玉県訪問看護ステーション協会
三塩 操

事例1) 病院の緩和ケア科通院中の在宅で療養のご利用者様

- **事例**：55歳 女性 卵巣がん 肺・リンパ節・肝臓転移 家族：夫、娘 3人暮らし
- **病院から**：病院退院支援室から水しか取れておらず、下肢浮腫、眼球黄染あり、点滴をして本日帰宅した。本人に訪問看護導入の了承を受け、訪問看護を依頼したい
- **訪問経過**：翌日、契約のための初回訪問
- **状態**：意識レベル低下、脈拍は触れず。胸郭は動いているが効果的な呼吸はできていない様子。
- **対応**：本日入る予定の在宅診療所へ連絡、状態を見ていないので死亡確認はできないので病院へ搬送の指示。緩和ケア科に連絡、救急車での搬送を依頼される。
- **家族の希望**：これ以上苦しめたくない。最後は蘇生はしないでほしい。
- **救急隊への対応**：救急車で病院に搬送してほしいが蘇生術等行わないようにと救急隊に連絡、主治医の指示がないと蘇生する。とのことで病院の緩和ケア科へ連絡状況を電話し、主治医と救急隊の方と話してもらう。
- **救急隊の処置**：心電図モニターの取り付けと酸素投与のみ主治医の指示にて実施、病院に搬送される

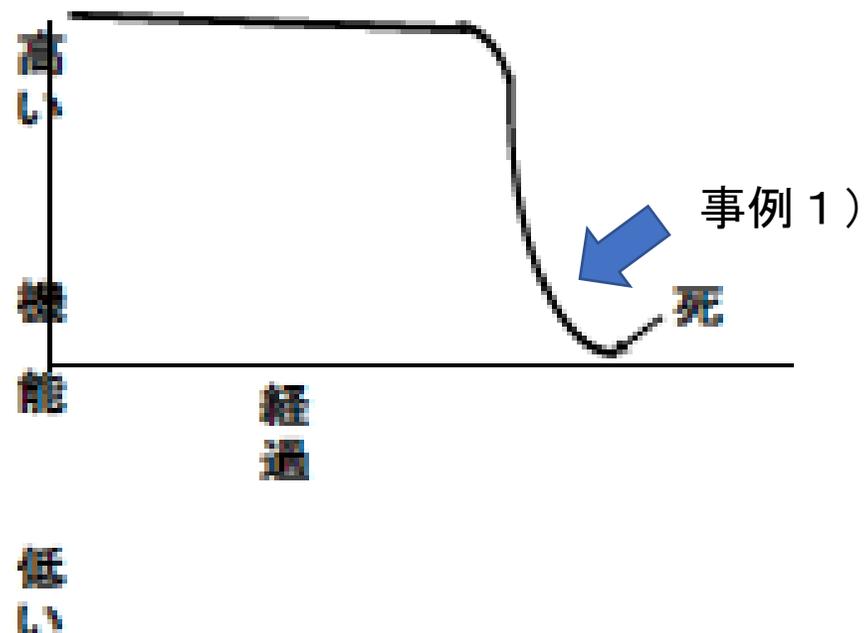
事例1) の問題点

・ 化学療法の効果がなく、治療を終了して緩和ケアに受診はしていたが、調子が悪くなるまで受診をしていない。いよいよ状態が悪くなった時に受診している。

まだ、動けるので動けているうちは、本人もご家族も大丈夫だと思っている。

- 1 状態が悪くなった時とは、どんな時なのか、判断できていない。
 - 末期の状態変化を家族に理解できる指導が必要
 - 訪問看護を入れて定期的に状態観察依頼する
- 2 緩和ケア科にかかっているにもかかわらず、受診していないので医療側のフォローができていない。
 - 外来で治療を終了する患者が多くなっている。その患者のフォローをする場所が必要 **がん難民を減らす**

一般的な終末期のイメージ: がん等



池上直己「終末期の多様性と終末期医療ガイドライン」より

出典: Lynn and Adamson, "Living Well at the End of Life," WP-137, CA: Rand Corporation, 2003

事例2) 病院から在宅（うまくいったケース）

- **事例**：72歳 女性 膵頭部がん終末期 糖尿病
- **病院での経過**：心窩部痛があり受診したときは膵頭部がんの終末期とわかる。積極的な治療は希望せず、最期は緩和ケア病棟でと病院から紹介されて在宅療養で訪問看護が入る。
- **療養生活の状態**：友達とのランチに出かけたりして楽しむ
- **葬儀等の準備**
- **身の回り品の断捨離**
- **最期どうなるかの説明をしっかりと聞き、最期何を着ようかしらとご本人**
- **前の日までトイレに行けて、眠るように亡くなった。**
- **どうせ死ぬならがんで死にたいな！（看取ったご家族）**

事例 2) の場合

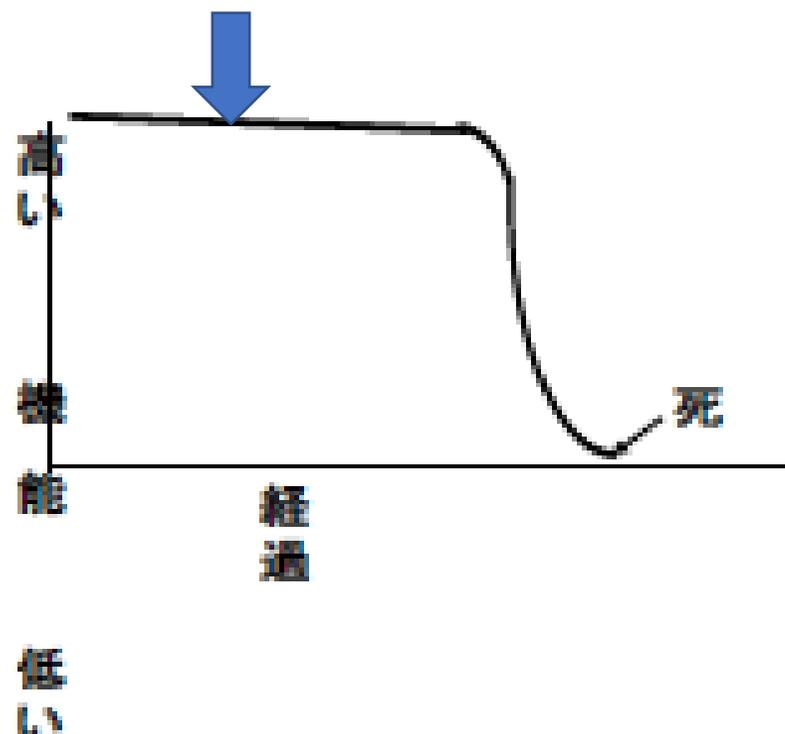
病院で化学療法等の治療を選ばず、治療をしないという選択

最期は緩和ケアでと言っていたが、最後は在宅にて看取りを行った。余裕のある時期に訪問看護がかかわり家族とのつながり、信頼関係を築ける。

最期の選択を余裕をもってできる。

一般的な終末期のイメージ:がん等

事例 2)



池上直己「終末期の多様性と終末期医療ガイドライン」より

出典: Lynn and Adamson, "Living Well at the End of Life," WP-137, CA: Rand Corporation, 2003

病院との連携

- 外来主体でがん末期の維持治療が行われているケースが多く、治療が終了しても、その患者をフォローするところがない。

ご本人、ご家族の判断で状態が悪くなった時にようやく病院受診し、訪問看護の紹介がくる。この時点だと介入する余地は少なく、訪問看護のサービスは看取りのみとなってしまう。

病院との連携も綱渡りが多い。

- 本人・ご家族の判断によっては、在宅による突然死となり、検死になって時間もかかり、いやな思いをされる。

「病院から在宅」 における事例

一般社団法人 埼玉県薬剤師会

常務理事 池田里江子

2019.09.03

病院から在宅へ 移行に苦労する場合の特徴

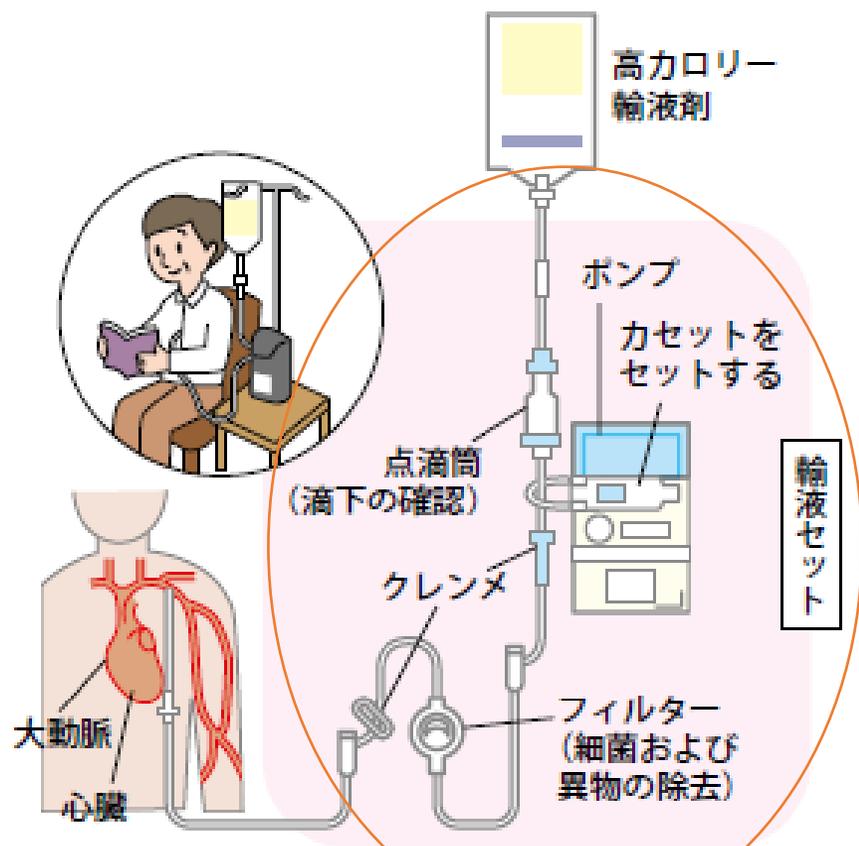
①医薬品の準備や物品の準備が上手くいかない

- 高カロリー用のポンプ使用か？
- 麻薬注はどのようなポンプを使うか？
- 医薬品の在庫とのすり合わせ
- 麻薬や医療材料の準備等

②院内処方と在宅処方の違いを理解していただくこと

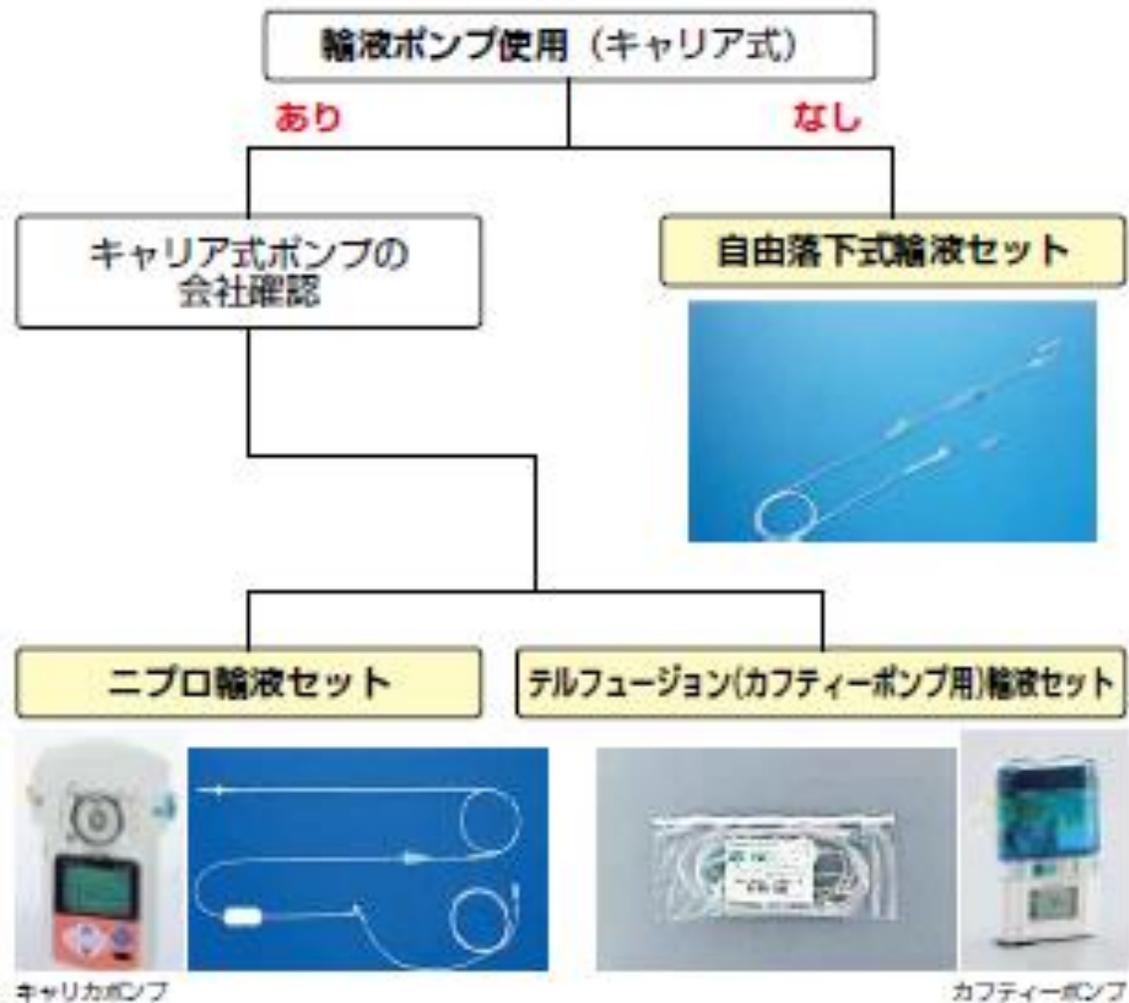
① 医薬品の準備や物品の準備が上手い かない

- ・ 高カロリー用のポンプ使用か？



② 在宅における輸液のチューブセットの確認

輸液セット(輸液をつなぐルートチューブ)を薬局で対応する場合



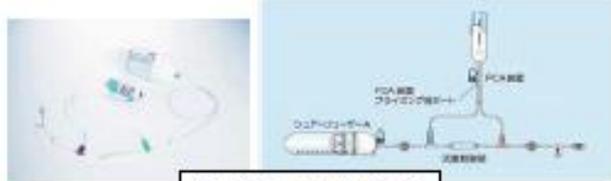
☆ 輸液セットは通常大人は20滴=1ml、小児は60滴=1mlを使用

① 医薬品の準備や物品の準備が上手いかない

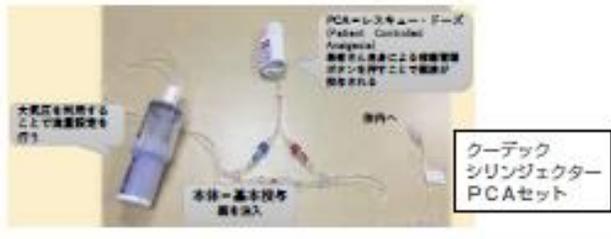
・麻薬注はどのようなポンプを使うか？

注射用麻薬

携帯型ディスポーザブルポンプを使うとき(例)



シュアフューザーPCAセット



クワデック
シリンジジェクター
PCAセット

電動式ポンプを使うとき(例)



キョドレガシーポンプ



アイフューザーポンプ

安価で手軽だが
流速やレス
キューの調整
が苦手

バルーン膨張イメージ

アキュフューザー

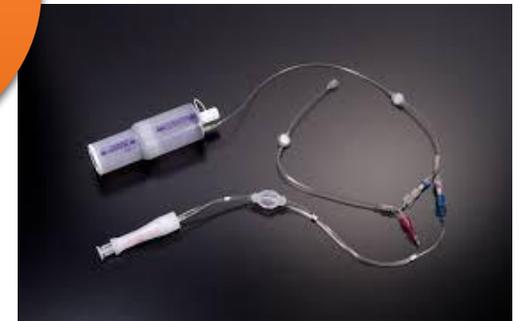


バルーンジェクター



シュアフューザー

携帯型ディスポーザブルポンプの種類



シリンジジェクター

医師の負担も
大きいが繊細
なコントロール
が可能



楽々フューザー

②院内処方と在宅処方の違いを理解していただくこと

1) 薬局の在庫に関する処方内容とのすり合わせが必要

例：高カロリー輸液

- ・フルカリックに微粒元素を入れる

⇔ エルネオパ

- ・総合ビタミンの混注

オーツカMV・ネオラミン・マルチv・マルタミン

など・・・

2) 医療材料や麻薬等医薬品の準備に時間がかかることも。

退院が急に中止になり用意した麻薬等に管理に困ることも

処方箋の書き方についてのご助言

院内

エルネオバNF 2号 1000ml	1キット
ガスター 20mg/2ml	2管
プリンペラン 10mg/2ml	1管
1日分	
フェントステープ 4mg	1枚
アブストラル舌下錠 100µg	



院外処方

1) エルネオバNF 2号 1000ml	1キット
ガスター 20mg/2ml	2管
プリンペラン 10mg/2ml	1管
中心静脈注射	7日分
2) フェントステープ 4mg	7枚
1日1枚 15時に貼り替え	
3) アブストラル舌下錠 100µg	1錠
疼痛時(1日4回まで)	20回分
4) テルフェュジョン(カフティープンプ用)チューブセット (在宅中心静脈栄養輸液セット)	2本
5) コアレスニードルセット 22G (在宅中心静脈栄養輸液セット付属フーバー針)	2本
6) ベバフラッシュ 100単位/ml シリンジ 10ml	2本

看護師さんに
ルートを変える回数や
お風呂に入る回数な
どを聞いて必要な本
数を載せる
* シュアプラグについ
ても確認する

※4)～6)は、病院(訪問医療機関)で用意する場合もある。

※4)・5)は、処方日数を超えた本数を用意することはできない。

在宅医療の特徴

ポイント！

終末医療における薬剤師の訪問回数 ⇒ 週に2回まで

* 緊急時対応は別

輸液や麻薬の準備も1週間分が基本

<注意事項>

- ・輸液の混注がある場合安定性重視
(リンデロンより水溶性プレドニンの方が安定性あり等)
- ・麻薬も1週間分を詰めるがレスキューを考えると8-10日分を詰める
(差し替えは医師か訪問看護・家族のだれかになるので連携も必要)
- ・在宅に物品の不足がないように準備する必要がある
- ・退院時情報として提供される情報にタイムラグがあり実際の退院時のコントロールと違うときがある(最新の情報を得るようにしたい)

病院から在宅へ 移行がスムーズな場合の特徴

①退院時カンファレンスで顔が見える

- ・事前に必要な調整がそこでできる
- ・家族やご本人にそれぞれの役割がその場で見えるようになる

②連携室の方がこまめに情報をつなげてくれる

- ・医師への処方変更の内容や訪問看護にお願いしたい事項をつなげてくれる

入院時・退院時情報共有シート

服薬情報提供書（入院時）			
20 年 月 日			
情報提供先医療機関名			
様			
薬剤名			
担当薬剤師			
住所			
連絡先TEL：FAX			
患者氏名			
性別（男・女） 生年月日 年 月 日生（歳）			
住 所・TEL（本人）			
連絡先・TEL（家族等）			
介護保険の利用 無 ・ 有			
ケアマネ事業所名		担当ケアマネ	
お薬手帳の有無 有 ・ 無 （お薬手帳に関する注意事項）			
アレルギー歴			
副作用歴			
服薬中薬剤 <input type="checkbox"/> 別紙参照			
服薬状況 月 日現在 日分有			
入院のため中止した薬剤			
調剤上の工夫			
服薬状況（コンプライアンス）			

2019年度事業
 実用化に向けてモデル
 3地区で検討中

服薬情報提供書（退院時）			
20 年 月 日			
区分医療機関名			
住所			
連絡先TEL：FAX			
担当医師			
薬剤師（担当薬剤師）			
患者氏名			
性別（男・女） 生年月日 年 月 日生（歳）			
住 所・TEL			
介護保険の利用 無 ・ 有			
ケアマネ事業所名		担当ケアマネ	
入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
アレルギー歴			
副作用歴			
入院中に使用した薬剤 （内服・注射・点滴）			
薬剤管理指導の経過と退院後の注意 【指導内容】			
退院時処方 <input type="checkbox"/> 別紙参照			
退院時処方以外に内服を要する薬剤			

終末医療に対する研修会の開催 ～ステップアップ5講習会～

平成27年から5年続く

<内容>

- ・オピオイドの使い方(最新情報を含む)
- ・副作用への対応方法
- ・終末の現場におけるスピリチュアルな感情に対する研修
- ・**症例検討会** 等

* 薬局格差について

終末医療は無菌調剤可能な薬局の方が対応がスムーズかも



第2回在宅緩和ケア推進検討委員会

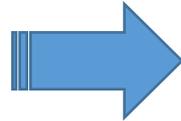
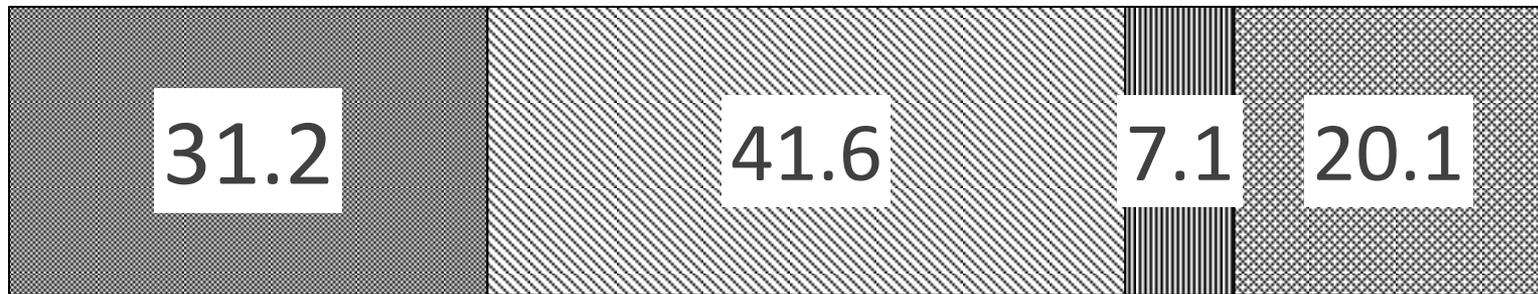
緩和ケアが必要な患者の 病院から在宅、在宅から病院 への移行に関する課題

2019年9月3日

埼玉県立がんセンター

余命が限られている場合、 自宅で過ごしたい人の割合

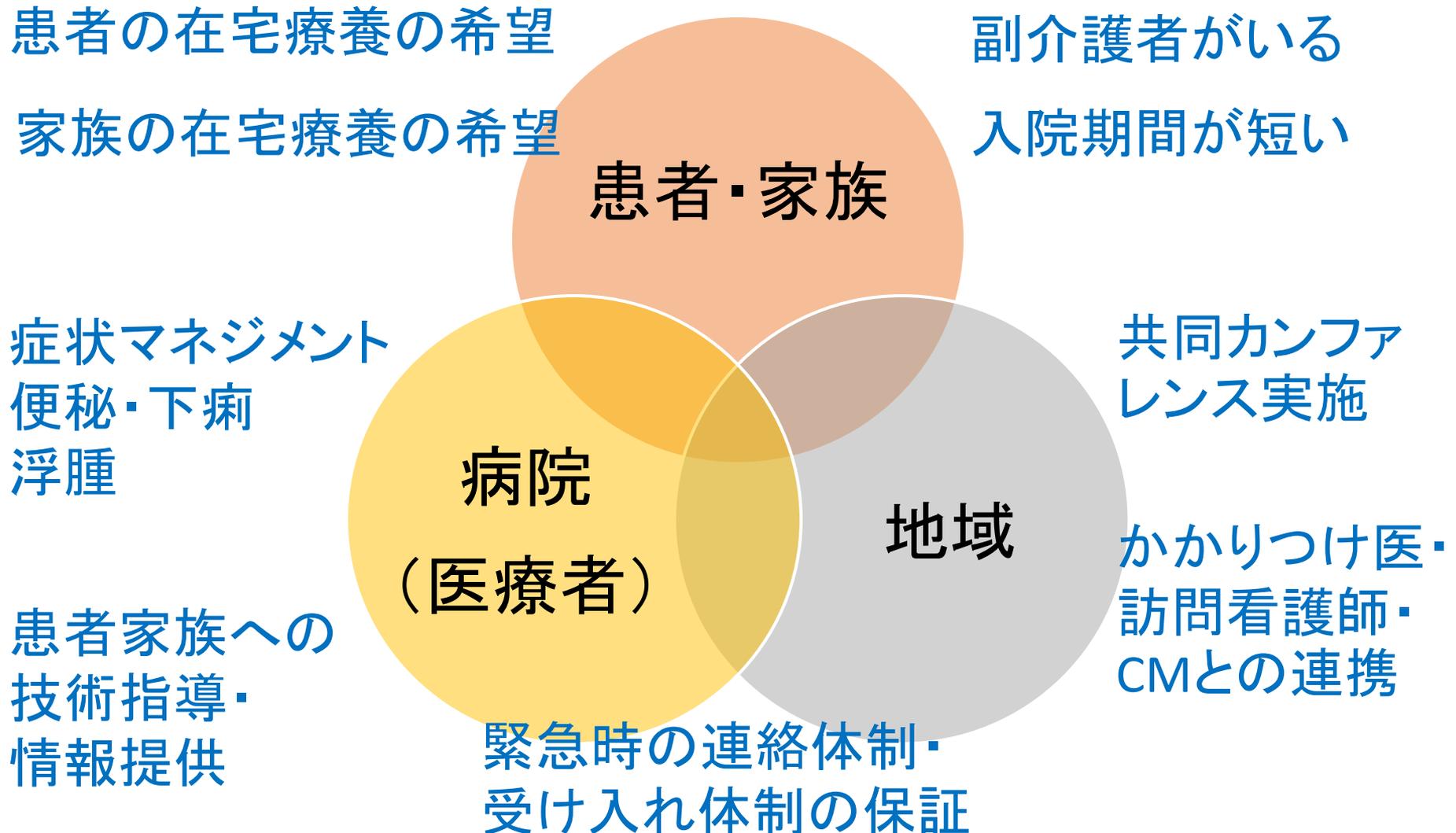
自宅で過ごしたい：7割以上



自宅で過ごしたい人が
自宅で過ごせる地域づくり

- 自宅で過ごしたいし、実現可能だと思う
- ▨ 自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う
- ▩ 自宅では過ごしたくない
- ▧ 分からない

在宅移行実現の関連要因



次に提示する3事例は、主旨を損なわないように再構成したフィクションです。

在宅療養実現事例

男性

肺癌（肋骨・胸椎・胸壁浸潤、胸腹膜播種）

主症状：呼吸困難、側胸部～背部の痛み、腹痛、不安

家族：妻、子と同居。

経過：外来通院中に緩和ケア科転科。訪問看護を利用し在宅療養をしていた。呼吸困難と腹痛が増強し救急搬送にて緩和ケア病棟に緊急入院。オピオイドの持続皮下注射などを開始し、徐々に症状緩和が図れた。

<在宅緩和ケア移行期の患者・家族の状態>

- ・ 日常生活全般に、一部介助・見守りが必要
- ・ 在宅酸素療法（入院前より導入中）
- ・ オピオイドの持続皮下注射
- ・ 予後予測は週単位、急激な体調変化の可能性有
- ・ 患者：「早く家に帰りたい。不安で一日中誰かに居てほしい。」
- ・ 妻：「介護できるか不安。最後は絶対に病院で、それまでは家で看る。」
- ・ 子：「父親は病院が嫌いだから、早く退院させてあげたい。」

<退院調整>

- ・ 訪問看護再開
- ・ 訪問診療開始
- ・ 退院時共同カンファレンス



在宅療養へ（入院期間約2週間）

- ・ 自宅看取りの意向は患者・家族双方に未確認
- ・ PCAポンプトラブルを想定したリスク管理
- ・ 約2週間の療養を経て自宅で逝去

在宅療養がかなわなかった事例

男性

肺癌（胸壁浸潤）

主症状：呼吸困難、不安

家族：サービス付き高齢者住宅入居中
妻（死別）、子は県外在住。

経過：訪問診療医より当センターへ紹介。上記
診断を受けるが抗癌治療を希望せず、紹介元にて
フォロー中。2か月後安静時呼吸困難が増強し、

緩和ケア科へ紹介。入院し症状緩和を図った。
身の周りのことは自力で行え、退院の方針へ。

<在宅緩和ケア移行期の患者・家族の状態>

- ・ 日中はベッド上で過ごすことが多い
- ・ 予後予測は月単位
- ・ 入院期間は40日
- ・ 患者：当初は入院継続を希望される

「不安だけど施設でがんばってみます。」

<退院調整>

- ・ 退院時共同カンファレンス



サポート付き高齢者住宅へ退院

- ・ 不安増強、ナースコール頻回
- ・ 退院後2日目に再入院、約2カ月後逝去

在宅から緩和ケア病棟への移行が かなわなかった事例

男性

甲状腺癌（肺転移、骨転移、喉頭・気管浸潤）

主症状：呼吸困難、気切孔からの出血

家族：妻と二人暮らし

経過：緩和ケア科へ転科時、今後の過ごし方について伺うと、自宅療養を希望されたため、速やかに退院調整を行い転科後1週間で退院。

<在宅緩和ケア移行期の患者・家族の状態>

- ・ 室内歩行は可能、車いす自走可能
- ・ 予後予測は月単位
- ・ 経管栄養・気管内吸引が必要
- ・ オピオイドの持続皮下注射
- ・ 患者：「家に帰りたい。家で死にたい。」
- ・ 妻：「本人の意思を尊重したい。」

<退院調整>

- ・ 訪問看護継続 ・ 訪問診療導入
- ・ 退院時共同カンファレンス：在宅看取りの意向を共有



自宅療養へ

- ・ 徐々に衰弱進行、気切口からの出血持続
- ・ 約3週間後のある朝、呼吸状態が悪化しているのを妻が発見し119番通報。到着した救急隊へ妻は蘇生の意思を示し救急隊の判断で救急病院へ搬送。
- ・ 搬送先の医師と状況共有し、搬送先で死亡確認。

医療提供上の問題点・課題

- 患者と家族が在宅緩和ケアを希望する場合、その移行は地域の協力を得て実現することが多い
- 患者の在宅緩和ケアの希望がかなわない理由の多くは、家族が退院に難色を示す場合、または、合意形成までの経過で患者の状態が変化しタイミングを逃してしまうことも多い
- 転院調整も医療依存が高いため受け入れ先が少なく、費用負担にも配慮を要す

医療提供上の問題点・課題

○在宅緩和ケアの継続を困難にする理由は、

①症状緩和が図れないこと

→ここまでは在宅…という線引きは難しい

②急激な体調変化による家族の動揺

○自然な看取りを希望している患者の家族への
死の事前教育の不足

→家族の希望に基づいた救急病院搬送、
蘇生処置の実施

○専門的緩和ケアが必要な患者の多くに、緩和
ケア病棟を利用してほしい。そのためには、
在宅緩和ケアの推進、地域連携が重要

患者からの地域連携に関する質問

- 在宅療養、施設療養中に、容体が悪くなった時には、どのような対応になるのでしょうか
- がんセンターとの情報交換はあるのでしょうか
- 看護師さんは、24時間体制でしょうか
- 今まで、がんセンターとの連携実績はありますか

事例から見えてくる主なポイント

○今後実施する「アンケート形式による実態調査」に反映させる観点から

【ご意見をいただきたいこと】

- 実態を的確に把握するためには、どのような質問がよいか。
- 効果的な取組を検討する上で、どのような現状が分かるとよいか。 など

○事例から「スムーズな在宅療養への移行」「安心した在宅療養」の実現には、「入退院支援」及び「病院と地域の連携」の充実を図ることがポイントになると考えられる。

⇒患者・家族に対し、①入院早期から病状に関する十分な情報提供と、退院後の療養生活に関する話し合いが行われるとともに、②地域の多職種（他機関）との連携が密に行われれば、実現に近づくのではないかと考えられる。



①「患者・家族に対する病状に関する十分な情報提供と退院後の療養生活に関する話し合い」の実態を把握するため、入退院支援の実施状況を調査するのはどうか。

例：入退院支援の実施回数及び実施時期、その内容、実施メンバー、専門職の配置状況、早期に実施できない場合はその理由、入退院支援実施上の課題や困っていること、などについてアンケートを実施

②「地域の多職種（他機関）との連携」の実態を把握するため、その状況について調査するのはどうか。

例：連携する機関の数、連携開始時期（退院前のどのくらいの時期からか）、病院医師と地域の医師の連携状況（病院外来医師と地域のかかりつけ医による二人主治医制など）、情報共有の手法と頻度、その内容、連携を進める上での課題や困っていること、などについてアンケートを実施