

できる限り家で過ごしたい

—その願いをかなえる在宅ホスピスケア—

2007年9月1日(土)

[講演会]13:00~15:30

場所：愛媛県県民文化会館 真珠の間

座長：松山ベテル病院 院長 中橋 恒

1.在宅ホスピスケア

演者：医療法人 聖愛会 理事長

在宅ホスピス医長 森 洋二

2.最期は畳の上で

演者：ベテル在宅療養支援センター

地域看護専門看護師 吉田 美由紀

3.在宅でご主人を看取ったご遺族の語り

演者：越智 伸子 さん

主催：ベテル三番町クリニック、松山ベテル病院

〈本講演会は、在宅医療助成 勇美記念財団の助成により開催いたします〉

参加費：無料 (申し込み不要)

問い合わせ：945-8608 (吉田・森)





できる限り家で過ごしたい
—その願いをかなえる在宅ホスピスケア—

2007年9月1日(土)13:00~15:30
於：愛媛県県民文化会館 真珠の間

本日のプログラム

13:00~座長あいさつ

松山ベテル病院 院長 中橋 恒 先生

13:10~14:00 在宅ホスピスケア

医療法人 聖愛会 理事長

在宅ホスピス医長 森洋二 先生

14:00~14:30 最期は畳の上で

ベテル在宅療養支援センター

地域看護専門看護師 吉田美由紀

14:30~14:40 休憩

この時間に、質問を受け付けます

会場入り口の質問用紙回収ボックスに入れてください

14:40~15:00 在宅で家族を看取った遺族の語り

ご遺族 越智 伸子 様

15:00~15:30 質疑応答

皆様からいただいた質問に演者がお答えしていきます





この講演会は、在宅医療助成 勇美記念財団より助成を受けて開催しております。

演者について

座長 中橋 恒 先生

松山ペテル病院の院長で、ホスピス病棟医長でもあります。ホスピスケアに心を奪われ、いまや院長職で忙しいながらも、ホスピスケアを地域に広めようと多方面で力を注がれています。とても人間味あふれるあたたかな先生です。今日の講演を聴きにいられたみなさまの声に応えたいと講演会の最後に質疑応答の時間をもつことを提案して下さいました。

在宅ホスピスケア 森 洋二 先生

医療法人聖愛会の理事長であり、在宅ホスピス医長でもあります。患者さんのお宅に伺って話をしたり、いろんな地域を車で走ることが大好きな、患者さんからの人気 NO1 の先生です。とても温厚で、人柄が一目で分かります。本日は、在宅ホスピスケアについて皆様に分かりやすくお話をさせていただきます。

最期は畳の上で 吉田 美由紀 さん

地域看護専門看護師として、在宅ホスピスの相談窓口で皆様からのご相談をお受けしています。本日は、相談の中で多くの患者さんやご家族が悩んでおられることについて、在宅ホスピスケアがどのように行われていくのかについてお話して下さいます。

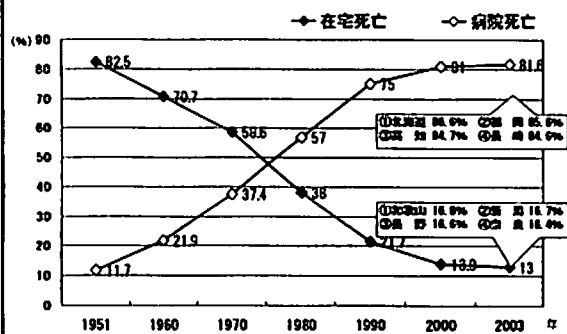
ご遺族 越智 伸子 さん

在宅ホスピスケアを受けてご主人をご自宅で看取られました。退院、在宅での介護、看取り、その後の生活についてなど、介護者としての経験や気持ちをありのままお話し下さいます。医療者にとっても、同じくご家族を看取られた方にとっても、そして聞いて下さっている皆さんにとって大変貴重なお話となるでしょう。越智さんには、講演の依頼を受けていただいた事に深く感謝したいと思います。

在宅ホスピス

医療法人 聖愛会
理事長 森 洋二

死亡場所の推移 (人口動態統計調査より)



在宅医療への制度の変遷

- 1961年(昭和36年) 国民皆保険
- 1973年(昭和48年) 老人医療費無料化
- 1983年(昭和58年) 老人保健法施行
- 1984年(昭和59年) 被用者本人1割負担
- 1992年(平成4年) 在宅総合診療科新設
老人訪問看護制度発足
- 1994年(平成6年) 訪問看護制度老人以外にも拡充
- 2000年(平成12年) 介護保険制度施行
- 2006年(平成18年) 在宅療養支援診療所新設

◆ 在宅療養支援診療所の要件 ◆

- 24時間連絡を受ける医師または看護師を配置
その連絡先を文書で患者に提供
- 診療所内において、または他の保険医療機関との連携により
24時間往診が可能な体制を確保。
往診担当医の氏名、担当日などを文書で患者に提供。
- 診療所内において、または他の保険医療機関、訪問看護
ステーションなどの看護師との連携により、24時間訪問看護
の提供が可能な体制を確保。
訪問看護師の氏名、担当日などを文書で患者に提供。
- 診療所における在宅看取り数を報告する。

など

ホスピスにおける家族力

家族とは何か

- ともにある存在
- かけがえのないもの〔代替がきかないもの〕
- ともに痛む存在
- 家族の一体性(遺伝子、心理的、文化的)
- 死別を前にして家族のダイナミズム
- 世代交代が営まれる(手渡すこと、受け継ぐこと)

死生観

- 『種から生まれ 育ち 実を結んで 枯れていく。
次の世代のこやしとなる』
- 『すべての人は 裸で母の胎から生まれ
また一人でかしこに帰る』
- 『死は永遠の旅立ちの通過点、
絶望的な終着駅とはみなさない』
- 『死は自然な生命の営みの一つ、自然の経過。
死ねば無になる』
- 『人生はむなしい、死ねば最後、終わり というニヒリズム』

死の受容を援助すること(人間にとって自然なもの)

＝ 生きることをあきらめ 座して死を待つ

→ 緩和ケア病棟が暗いものとなる

(ターミナルケアが

「死ぬのを援助する医療」に転落する危険性)

緩和ケアのスタッフが

「どうせ死ぬ人だから せめて肉体的痛みを

取り除いてあげれば 60点合格」

という姿勢であればドヨーンとよどんだ空気になる

ホスピス

『その人らしく 最後まで生きるのを援助するサービス』

『生命を生き抜き 完成させるのを援助するチームワーク』

『その人の人生の仕上げと旅立ちを支援し

家族ケアをする』

ホスピスは場所ではない、医療施設ではない

緩和ケア病棟は 必ずしもホスピスではない

米国ホスピスの要件

- 1)がん性疼痛などの症状コントロール
- 2)しっかりした考え方に裏打ちされたケア精神による全人的ケア
- 3)チームによる患者と家族の一体支援
- 4)ホスピスチームの要となるべきキーパーソンは看護師
- 5)看護師は医学知識、診断力および経験を備えること
- 6)献金で運営される、ボランティアの役割が大きい
- 7)共通のゴールはその人らしい人生を最後まで支えること
- 8)在宅ホスピスが基本。
ホスピス施設は 在宅のバックアップセンターの機能をもつ

死亡場所の構成比
(日本・米国・オランダの比較)

	病院	自宅など	施設
日本	81%	16%	3%
米国	41%	31%	22%
オランダ	35%	31%	33%

看取るという事は？

- ・ 病人の側において 看病し末期まで世話をする事
- ・ Attendance, Begleitung, Accompagnement
付き添うこと、寄り添うこと、伴走すること
- ・ 終末期におけるケア
 - 患者は、必要なケア・医療看護は受けたいが
無駄な医療は受けたくない
 - 医師は、自分の裁量で 患者に最善を尽くしたい
 - 末期患者とみなされると 必要な、希望する
医療が受けられないのではないかという不安
 - 苦しみながらも 延命治療が提供され続ける不安

在宅患者を家族と一体でケアする

『死に逝くことは、家族のメンバーが
体験することである。
それゆえに、患者と家族が引き離されない
ようにすることが大切である』

家族の悲嘆

・予期悲嘆(肉親の死を予期して家族が悲しむ)

悲しみは無理に押さえずに表現し、分かち合えるものは分かち合うのが良い。 しっかり泣くことが大切。

・死別後の悲嘆

喪の作業、個人差が大きい悲嘆。6ヵ月毎の山。長引くうつ状態、記念日のうつ反応。

・悲嘆のストレスを乗り越えて成長する。死後生。

・団結する家族、葛藤する家族

表現できる家族、黙ってしまう家族

五つの言葉(お別れの時期が近づいた時)

・forgive me

ごめんね、許して、悪かった…

・I forgive you

分かっている、許すよ、いいよ…

・I love you

お父さんの子供でよかった、愛してるよ、また一緒になろうね…

・Thank you

ありがとう、世話になったね…

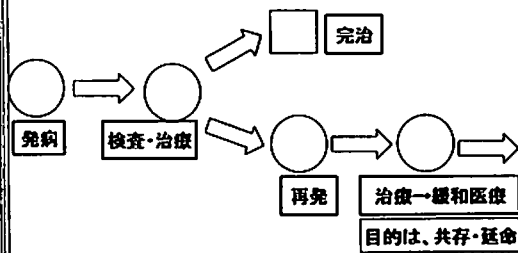
・good bye

さようなら、先に逝くね…

最期は畳の上で

ペテル在宅療養支援センター
地域看護専門看護師
吉田 美由紀

がん発症からの経過



在宅ホスピスケアを受けるまでに行う選択

積極的治療を受ける

- ・ 治療方法の選択

退院後の生活(通院or転院or在宅医療)が始まる

- ・ 療養方法・治療継続・療養場所の選択

積極的治療から緩和ケアへの移行

- ・ 緩和ケアへ移行するタイミング

終末期医療の選択

- ・ 療養場所・ホスピスケアor医療の継続

在宅ホスピスケアで
大切にしていること

- 24時間対応と定期的訪問
- 症状コントロール
- 家族ケア
- チームケア
(関わるすべての職種が心ひとつになる)
- スピリチュアルケア
(生きる意味の喪失へのケア)
- グリーフケア
(別れに対する家族の悲しみへのケア)

24時間対応と定期的訪問

- 在宅療養支援診療所
24時間対応できる診療所
- 訪問看護(医療)
24時間対応できる訪問看護ステーション
調子がよくても、なるべく多く関わってもらいましょう
病状チェックだけが導入目的ではない
—今後起こることに、共にケアし、戦って
—いくための信頼関係づくり
—体の変化に一早く気づき、一早く対処

症状コントロール

- モルヒネは家でも使うことができる
- モルヒネが死を早めたり、中毒になることはない
- 内服できなくても大丈夫
貼り薬、座薬、皮下注射など方法は多様
- ホスピス病棟でも在宅でも同じ医療で症状を緩和
することができる
- 呼吸が苦しくなっても、すぐに在宅酸素を利用する
ことができる
- ホスピスケアを行うスタッフは、終末期に特徴的な
体のたるさ、吐気などにも対応できるノウハウを持っ
ています

家族ケア

- 家族の支援
看る家族はとても辛く、大変です。
一家族は、患者へのケアの担い手であると同時に、ホスピスケアの対象です
一患者の家族も、深い悲しみを抱えた患者です。
- 精神的なサポートと介護のサポート
家族への心のケアを行います
日常生活の大変さへのサポートを行います。
一介護保険の導入、日常生活の支援
訪問服薬指導など多方面からサポート

チームケア

- 在宅ホスピスチーム
医師・看護師・ケアマネジャー、ヘルパー、ボランティア、心のケアの専門家、本人、家族など

- 一患者と家族をきめ細かく、あたたかく包み、チームメンバーが心一つにして、患者、家族の療養生活と看取りの過程を支えています

スピリチュアルケア

- 様々な喪失体験
- 一仕事、人間関係、体力、地位、経済力、生活力、自己コントロール感など
 - それに伴う生きる意味の喪失
 - あらたな生きる意味の探索
- 末期がん患者と高齢者の違い(期間)
- 80年かけて起こる体の老化が、末期がんの場合は数ヶ月・数週間の間に起こる。その変化に、患者も家族も、心と体で対応できるだけの十分な時間がないからこそ、ホスピスケアが必要

グリーフケア

家族と共に最期を迎えることができ、残される家族が患者との別れを心で受け止めることができるようにチームでケア

－看取りの教え(デス・エデュケーション)

亡くなってからのケアではない

－痛みなく、心穏やかに、後悔少なく
ホスピスケアそのものが、グリーフケアである

しかし、亡くなった後も続くケア

－亡くなった後も、家族の悲しみの癒え方に目を向けて見守っています

相談できる窓口

- ・ 入院している病院の連携室・相談室

在宅医療・在宅サービスについての問い合わせは、

- ・ ベテル在宅療養支援センター
089-945-8608 吉田・森 まで

いつでもどうぞご相談ください。

入院を希望したときすぐに入院できる？

- ・ 在宅療養支援診療所であれば、かならず緊急事態のために入院できるように医療機関と連携しています
- ・ 基本的には、ホスピス病棟への緊急入院の体制を確保するが、希望により治療していた病院に受け入れを要請して体制を確保することもあります

急に症状が出たときどうしたらいいの？

- 予測的なケア
定期的な訪問診察と訪問看護により、症状の出現に対する予測的な準備が行える
- 24時間体制(医師・看護師)
いつでも電話がつながり、必要時は訪問して対応してもらえる

病院と同じ医療が受けられるの？

- 酸素を使ったり、点滴をしたり、時にはエコーを使って腹水を抜くことも家で行えます。
- 病院で行っている必要な医療は、だいたい行えます。ただし、レントゲンやCTをとったり、放射線をあてたりすることはできません。

今までお世話になった病院と
関係を止めたくない

- 今までかかっていた病院に通院しながら、在宅ホスピスケアを受けることもできます。
- 在宅ホスピス医と医療機関の主治医は、十分な情報交換を行います。基本的には退院前に主治医同士が会って話をします。退院後も必要時は病院の主治医と連絡を取り合い、相談していきます。

高額な費用がかかるの？

- ・ 医療保険の適応です
 - 家に医療者が来るからといって高くない
- ・ 入院より費用は少なくて済むことが多い
 - 医療費の上限額も低い
 - 実費費用が少なくて済む
- ・ 高額療養費の制度があります
 - 必要時、SWが関わります
- ・ 合わせて介護保険が使えます
 - 介護用ベットやヘルパーなど利用可能

告知をしていなければ 在宅ホスピスケアは受けられないの？

- 告知の意味するところ
- 【告知をする】
- 本人はショックを受けるが、その後に起こることに納得
 - やり残したことを行い、伝えたいことを伝える時間を得る
- 【告知をしない】
- 体調が悪くなると、周囲への不信を招くことがある
 - 体調のいい間は、希望をもって生きることができる
- どう伝え、どうサポートしていくか、ともに考えていきます。

在宅ホスピボランティア

- ・ 在宅ホスピのボランティアに興味のある方は、是非一緒に活動しませんか。

ボランティア講習あります。

お問い合わせ：945-8608(吉田・森)



できる限り家で過ごしたい

—その願いをかなえる在宅ホスピスケア—

2007 アンケート用紙

本日は、暑い中お越しいただきありがとうございました。

本日の講演を聞かれた皆様に、ご意見をいただきたくアンケートへのご協力をお願いいたします。アンケートは2部ございます。勇美記念財団より助成を受けてこの講演会を開催している都合により、1部は勇美記念財団指定のアンケート用紙になっております。

以下の質問について、ご自由にお書きください。

1. ご職業をお書きください。(例:会社員、主婦、無職、看護師、学生など)
2. 差し支えなければお住まいの市町村をお書きください(例:松山市、東温市など)
3. この講演会に来られたきっかけは何ですか
4. 講演会の内容は分かりやすかったですか
はい ・ いいえ
↓
(特にどのようなことが分かりにくかったですか)
5. 聞きたい内容が含まれていましたか
はい ・ いいえ
↓
(こんな事が聞きたかったという意見をお書きください)
6. 今回の講演をお聞きになった感想をお書きください

7. この講演会は、毎年継続して開催したいと考えています。

このような会や在宅ホスピスケアについての情報など、ご案内(年に1~2回)を希望される方は、お名前と住所をお書きください。情報は厳重に管理し、目的以外への使用は一切致しません。

お名前: _____

ご住所: 〒 _____

8. 今後、在宅ホスピスボランティアとして活動したいと希望されている方は、お名前と連絡先、住所をお書きください。後ほど、こちらからご連絡させていただきます。

お名前: _____

ご住所: _____ 電話番号: _____



この講演会の最後に質疑応答の時間を設けています。あらかじめ質問したいことがありましたら、この用紙に書いて、休憩時間に会場入り口のボックスにお入れください。取りまとめて質疑応答の時間にお答えできるようにしたいと思います。

質問したい演者（○をつけて下さい）

森洋二医師 ・ 吉田美由紀 ・ 越智信子

