

# 後期高齢者医療における 在宅ケアをめぐる課題 —訪問看護の現場から—

白十字訪問看護ステーション

秋山 正子

1

## 後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

---

□ 2000. 6 → 2006. 6

30人の訪問看護利用後期高齢者の転帰

平均年齢85. 5歳(76～97歳)

男9人 : 女21人

6年後の変化

生存者 8人(男1人女7人)

死亡者 22人(男8人女14人)

2

## 後期高齢者の在宅医療の現状

### 訪問看護ステーションの現場から

---

#### 6年後の変化

生存者 8人(男1人女7人)

#### 現在の居場所

自宅4人(全員女:うち2人独居)

施設4人 有料ホーム2人

グループホーム1人

介護老人福祉施設1人

## 後期高齢者の在宅医療の現状

### 訪問看護ステーションの現場から

---

#### 6年後の変化

死亡者 22人(男8人女14人)

#### 死亡場所内訳

自宅12人 (男5人女7人)

病院 6人《うち1人PCU》(男3人女3人)

特養 3人《最終は病院2》(男0女3人)

老健 1人《最終は病院1》(男0女1人)

## 後期高齢者の在宅医療の現状 訪問看護ステーションの現場から

---

### 6年後の変化

死亡者 22人(男8人女14人)

死因:在宅12人

癌によるもの(最終は呼吸不全)3人

肺炎から呼吸不全・心不全 7人

突然死(入浴中1人睡眠中1人)2人

医療:酸素療法3人胃瘻+経鼻栄養2人

吸引5人(数日のみ3人) 点滴1人

5

## 後期高齢者の在宅医療の現状 訪問看護ステーションの現場から

---

\* 訪問看護を継続して利用することで、  
住み慣れた自宅での最期を迎えることも実現可能になっている

過剰な医療処置に走らず、症状緩和に  
努力しながらケア中心の看取りに  
家族・介護者をサポートしていける

看取りには、在宅訪問診療医師との連携協力が不可欠である。

後期高齢者の場合は介護者も高齢の場合もあり、介護支援専門員  
(ケアマネジャー)や介護職等との連携や、レスパイトケアのできる施  
設との連携も必要である。

6

## 病院・施設とのスムーズな連携強化

---

\* 在宅での生活を維持していく為に

東京都新宿区の緊急一時入院病床確保事業の事例  
から

「区内の在宅療養者が容態悪化時に緊急入院できる  
よう、区内の3病院に1ベッドずつ病床を確保する。  
利用に当たっては、かかりつけ医の診断を要す  
る。」

7

## 病院・施設とのスムーズな連携強化

---

緊急一時入院病床確保事業の実績から

平成18年4月～9月利用者25名中

後期高齢者21名

利用者によく見られる病状など

|    |          |         |
|----|----------|---------|
| 1位 | 脱水       | 8件(32%) |
| 2位 | 肺炎(疑い含む) | 6件(24%) |
| 2位 | 食思不振     | 6件(24%) |

8

## 病院・施設とのスムーズな連携強化

---

\* 在宅での生活を維持していく為に

容態悪化時に利用できる緊急入院の病床を確保し、在宅チームとの連携を密にすることで入院を長引かせず、ADLの低下も最少限にしながら、再び在宅が継続できる場合も多い。この間、家族・介護者もレスパイトができる。この場合の対応は、後期高齢者の心身の特徴を十分踏まえた医療システムの確立が望ましい。

9

## 病院・施設とのスムーズな連携強化

---

家族機能の変化により、介護力のない状態での後期高齢者への在宅推進は、困難を極める場合がある。

自宅の代わりとなる施設への訪問看護の適応で、急性憎悪期を乗り越え、医療機関での入院を長引かせない効果がある。

入退院を繰り返す後期高齢者に対しては、病院の退院調整チームが、きちんと在宅への橋渡しをしていく必要がある。

## 頻回に入退院を繰り返した 高齢者の事例

---

- 平成15年時の状況
- K氏 男性 85歳
- 妻77歳と二人暮らし
- 第二次世界大戦中、陸軍衛生兵のため聞きかじりの医学知識有り。
- 妻は腰が悪く、身の回りのことができない
- 甥が入院時に面倒をみてくれたが、病気のため頼れない(その他に頼る人はいない)
- 夫婦ともに離婚歴あり、実子はいるが音信不通

11

## K氏の既往歴

---

- 10年前  
陳旧性心筋梗塞にて 冠状動脈バイパス術
- 6年前  
腹部大動脈瘤にて Yグラフト置換術
- はじめのバイパス術から2年後～3年間に  
肺炎で約6回入院  
《病態》  
術後の癒着性イレウスを起こし嘔吐、誤嚥による肺炎必発。救急入院を繰り返していた。

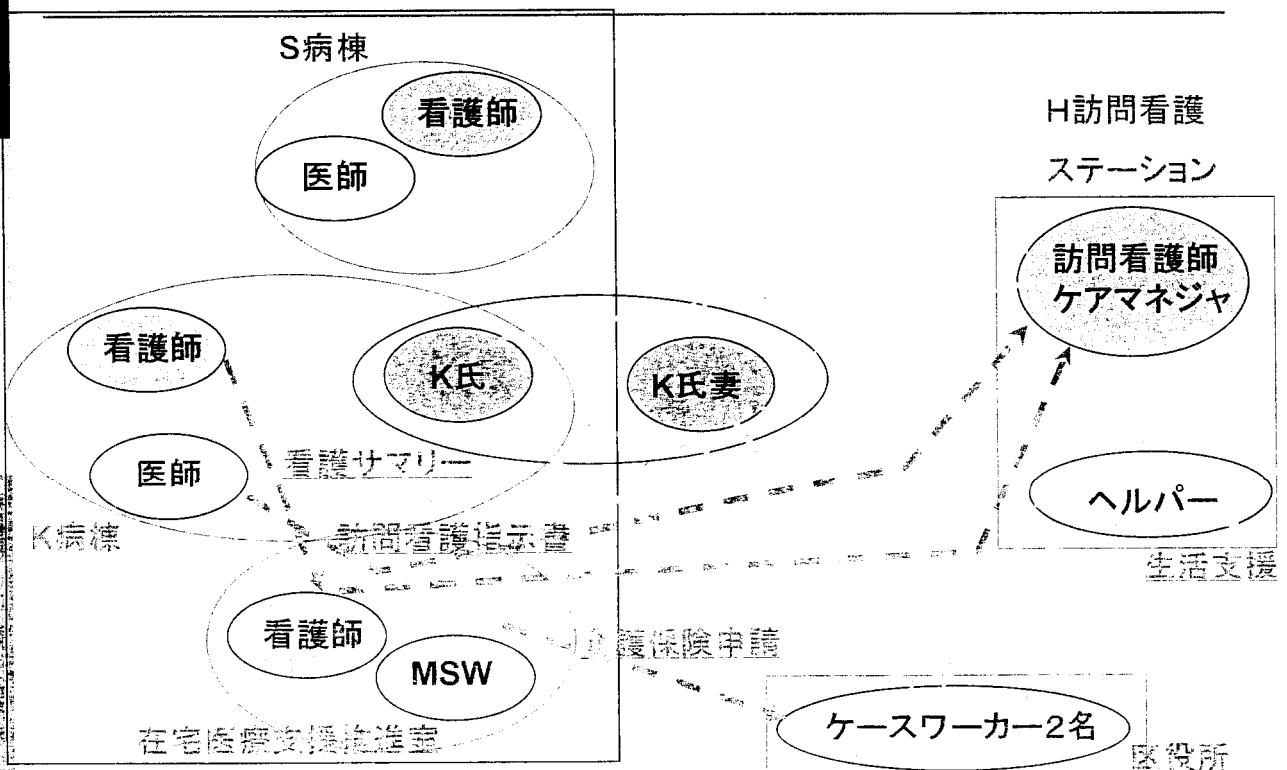
12

# 訪問看護の導入のきっかけ

- 平成15年3月腹痛にて救急車にて救急外来受診、イレウス疑いにて救急の総合診療科へ入院となる（これまでは専門病棟へ入院）
- 呼吸不全・心不全症状出現するも、加療にて症状軽減する
- **ADL**少し拡大してきたところで、本人・妻が強く退院を希望したため、在宅医療支援推進室から訪問看護ステーションに訪問看護およびケアマネジメント、区役所のケースワーカーには介護保険の申請が依頼された

# 訪問看護導入時の連携

T大学病院



## 平成15年4月3日 退院当日

- 妻と訪問看護師、ヘルパーとともに車に同乗し、帰宅した。患者宅には、別の訪問看護師が待機していた。
- K氏は、かなり痩せており、少し歩くと息切れ、疲労がみられた。(入院による廃用症候群も加わっている)
- 妻は、腰が曲がっており、また著名な下肢浮腫がみられ、歩行困難であった。
- 患者宅は、集合住宅でエレベーターなしの2階。
- 室内の台所には、汁の入ったカップ麺の容器がたくさんあり、カビが生えていた。鍋にも、なんらか煮炊きしたものがあり、カビが生えていた。

15

## 在宅における療養支援体制づくり

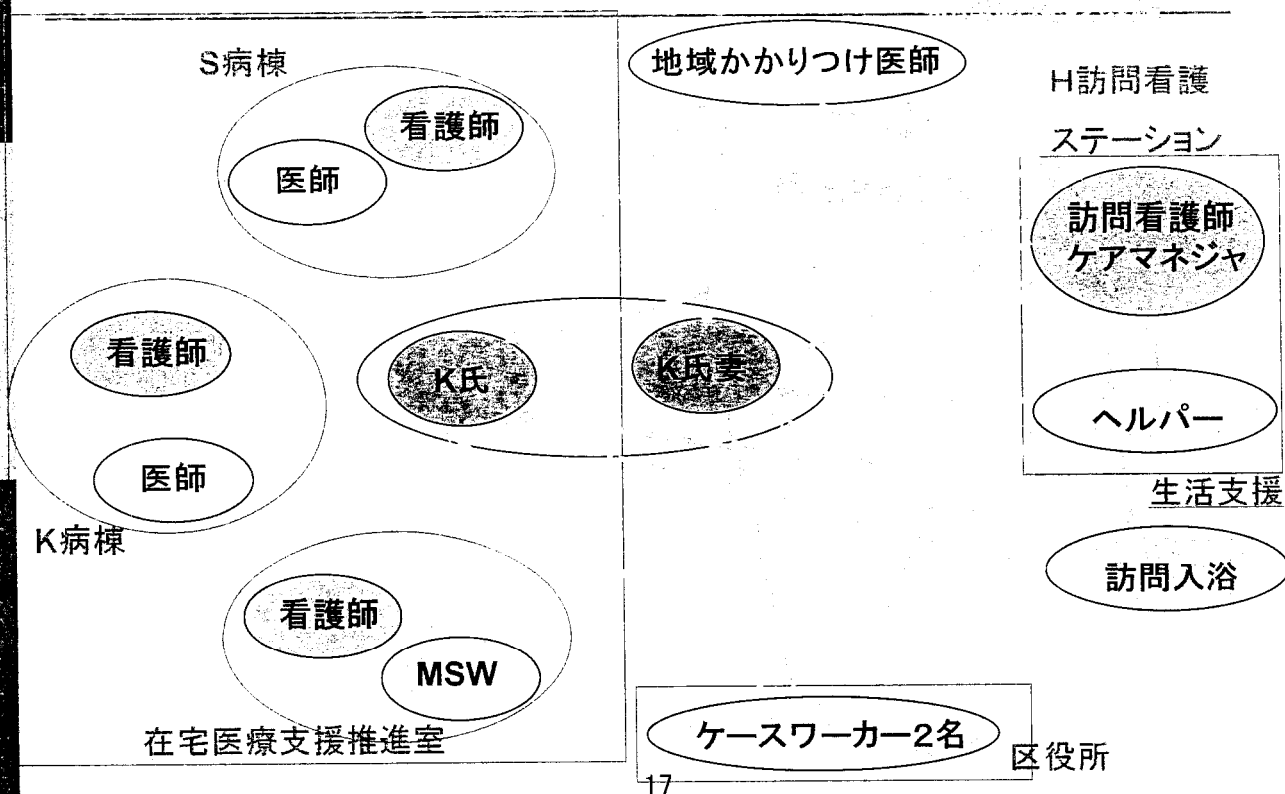
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>□ <u>医師による訪問診療</u></li><li>□ <u>訪問看護による病状管理および悪化予防</u><ul style="list-style-type: none"><li>・呼吸管理(在宅酸素)</li><li>・排便コントロール</li><li>・服薬管理 など</li></ul></li><li>□ <u>ヘルパーとの協働による生活支援</u><ul style="list-style-type: none"><li>・環境整備: 掃除</li><li>・栄養: 食糧の調達および調理</li><li>・水分</li><li>・清潔: 風呂場はあるが、浴槽はなく、訪問入浴を導入</li><li>・洗濯: 洗濯機なく、コインランドリーの利用 など</li></ul></li><li>□ <u>緊急時連絡体制づくり: インターフォンと電話がない</u></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○夫婦ともにADLが劣化</li><li>○基本的な日常生活を整えないと健康問題の解決ができないと考えられた</li><li>○以前はK氏本人が家事などをしてきた</li></ul> |
|--|---|

16



# 退院後の連携

T大学病院

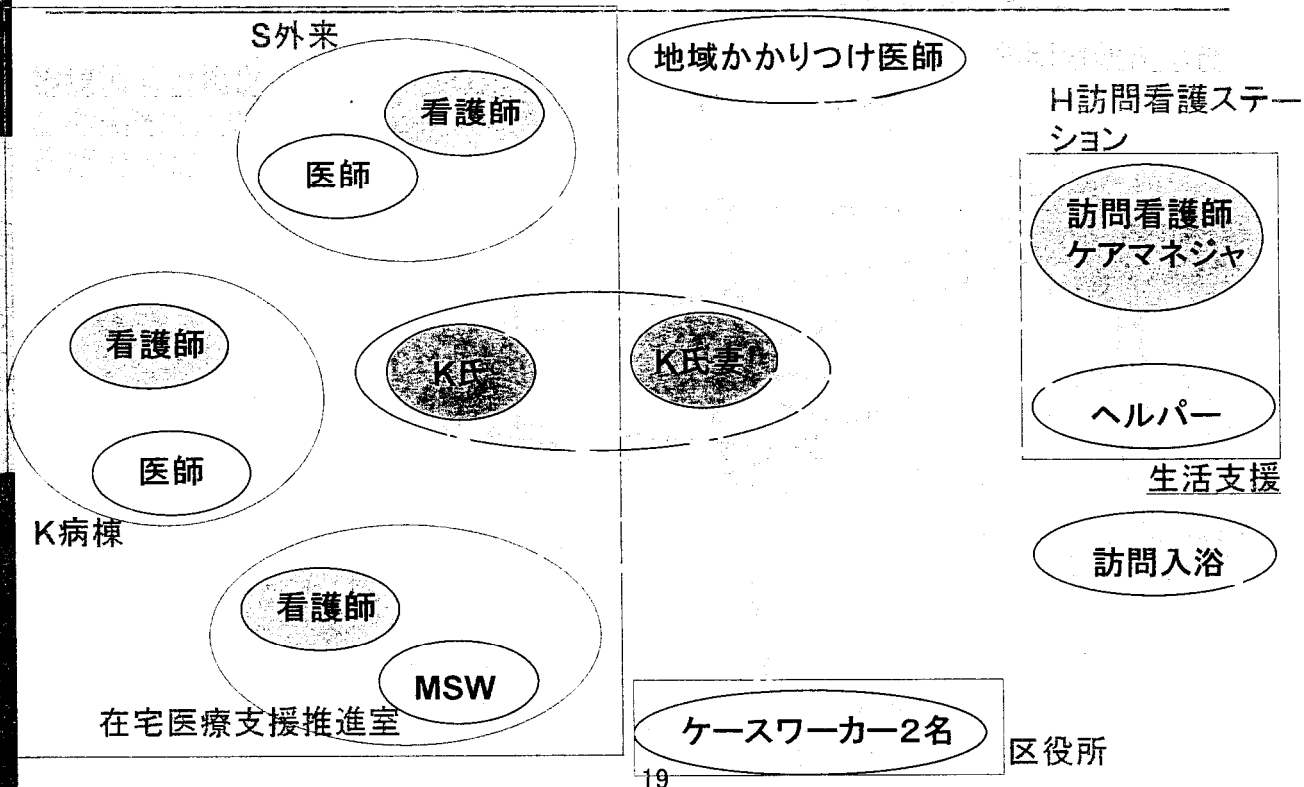


## 4月15日 S外来受診

- 訪問看護師が車椅子介助にて受診に付き添う
- <外来診療>
- 血圧若干高く、降圧剤処方される(←在宅における通常の血圧測定値より高かった)
  - 息切れ:胸部X-pにて、左肺野に間質陰影疑いの影が広範囲に認められる
  - 地域かかりつけ医でない医師への紹介状が後日渡される…専門医との関係性

# S外来受診時及びその後の連携

T大学病院



## 受診後の経過(1ヶ月以内)

□ 血圧 80/50mmHg

⇒降圧剤中止

□ 息切れ強く、労作時のSpO<sub>2</sub> 90%未満足すことあり

⇒在宅酸素導入

## イレウスにて再入院 再度、S外来受診予約あり

---

### □ イレウスで再度入院するまで

病状安定しはじめたK氏自身が、時折油の多い食事をとっており、また、緩下剤を自己コントロールしていた

### □ 入院期間

平成15年6月5日～7月8日

### □ 退院時

訪問看護師が病棟に迎えに行く

S外来(4月と同じ医師)受診予約日が提示される

⇒K氏のADLは低く、受診時の困難が予想され

在宅医療支援推進室に調整を依頼

⇒受診がキャンセルされる

21

## その後の経過(現在まで)

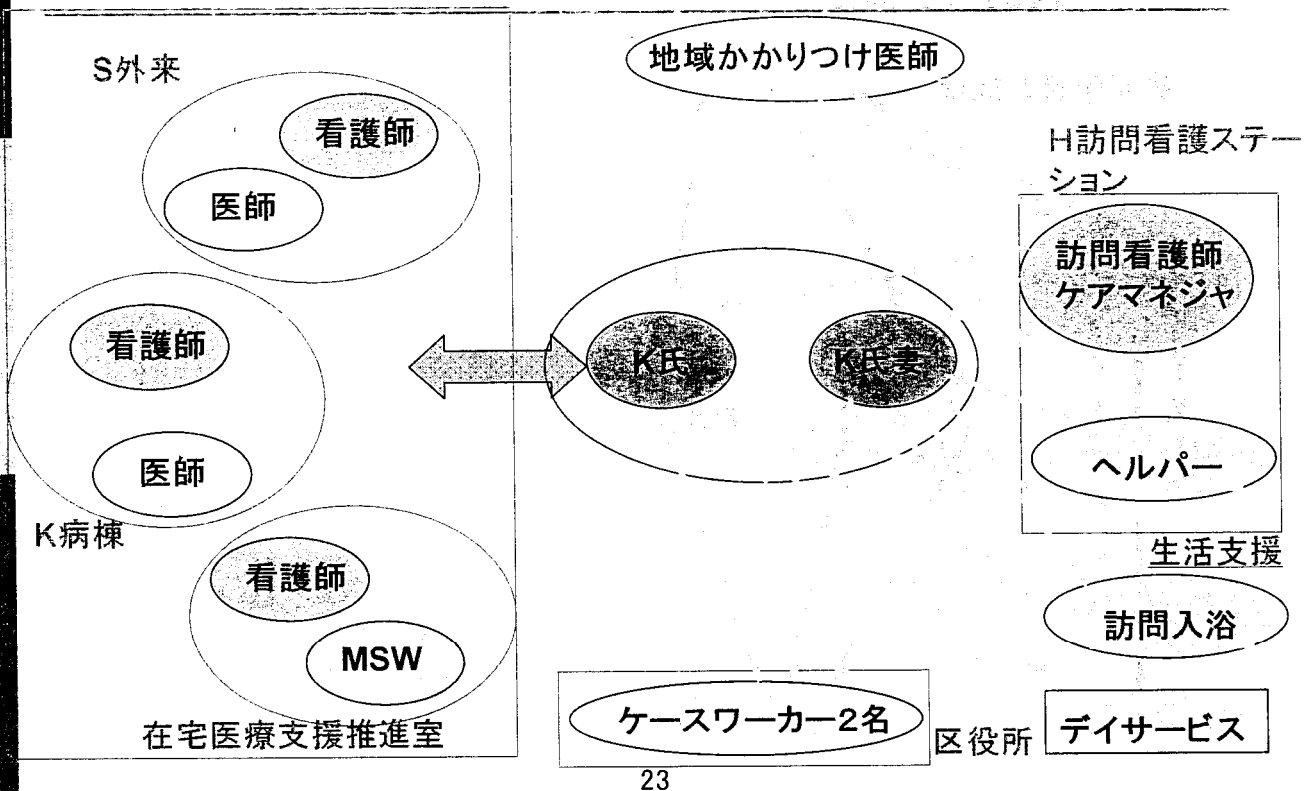
---

- 定期的な訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴及びデイサービス(外出が可能になった)を利用し、安定した病状で高齢夫婦2人暮らしの生活が継続できている
- 肺炎はおこさず、平成15年7月以来、入院はしていない
- イレウスに近い症状
  - ⇒在宅で加療にて軽快(平成16年12月)
- また、度重なるイレウスを経験したK氏自身がイレウス予防のためのセルフケアの重要性を認識する
- 息切れ症状がなくなった⇒酸素療法中止

22

# 現在の連携

T大学病院



## 事例のまとめ

- 大学病院に入退院を繰り返していた高齢患者が、  
につながり、調整が図られた結果  
地域における在宅療養体制が整えられ、その後、  
約3年間の在宅生活が継続できた
- ・ **ADL**の低い状態で退院する高齢世帯のみの患者  
が退院後、早期に外来受診することは困難である  
ため、他科受診を含めて病院内で退院前に調整さ  
れることが望まれた
- 専門医と地域医療（訪問看護師と地域かかりつけ  
医師）との連携のありかたについて課題が残る

## 介護力の低い家族状況の増加

---

- 「家族」機能の低下が目立つケースが増えてきた。  
(都市部のみならず、地方でも)
- ターミナルステージになって、独居・老々・単身の子供が介護などの状況は、在宅という選択肢が無いように考えられてしまう。



地域でのネットワーク作りで支えあわないと  
在宅ターミナルケアは実現できない

25

## 高齢者の終末期ケア

---

- 大田仁史監修「終末期リハビリテーション」  
2002・2003 荘道社より
- 人は最期まで「身体的存在」として人間らしくあるように、自立ができなくても医療・看護・介護とともにリハビリテーションを行いその状態を保障しよう

清潔の保持・不動による苦痛の解除・不作為による廃用症候群の予防・著しい関節変形拘縮の予防・呼吸の安楽・経口摂取・尊厳ある排泄・家族ケア

## 身体が人間らしく最期まであり続ける

---

- 「死」を大切にすることは生を大切にすることであり、最期まで「身体が人間らしくある」ように手助けすることで、最後の最期まで人間らしく生きられる。→この保障をしていくことが重要な役割
- 在宅のみならず、病院であれ、施設であれ、在宅に近い施設＝ケアハウス・グループホーム・有料ホームなどでも、このことは実現可能

27

## 地域の中で緩和ケアを進めるために

---

- 訪問看護ステーションが担う役割  
がんと共に生き、「生」を全うしていける為に「生活」を支え、家族も含めたケアを、その病状の進行を見据えながら行なえること。
- \* 地域の各医療機関との連携調整をスムーズに行なうことで、在宅生活が安定して、安心して続けられる
- \* 他の職種・ボランティアの調整の役割

28

## 後期高齢者の医療における 訪問看護の活用

---

- 住み慣れた場所や地域で最期を迎えられるように、在宅診療を担う医師との協働をはかり、訪問看護でのケアを提供する。
- 病院や施設との連携をはかり、環境が変わることでもたらされる弊害を最小にし、「生活」をも尊重した医療が提供できるよう支援する。
- できるだけ自然な形での加齢現象を、患者・家族が受け止められるよう、その経過に伴なって起こる急性憎悪時などに看護として応じ、「安心」が得られるようにする。
- 他職種、ことに介護職との連携をはかり、後期高齢者の急変時や医療対応に対する不安の解消が図れるようにする。