

## 「がんの在宅医療」訪問看護ステーションの現状と課題

## 【年間のがん末期在宅看取り数（自宅以外の圏域内の医療機関、施設を含む）】

## \* 東近江圏域 訪問看護ステーション 13 か所

- 受け入れていない・・・2 か所
- 1～5 件・・・4 か所
- 6～10 件・・・2 か所
- 11～15 件・・・2 か所
- 15 件以上・・・1 か所
- 20 件以上・・・1 か所
- 無返答・・・1 か所

## 【現状】

- ・高齢者のがん在宅看取りが多く、若年性のがん在宅看取りは少ない
- ・高齢者の苦痛緩和は比較的可能だが、若年者はPCAポンプでのコントロールやホスピスでのバックアップが不可欠
- ・本人が家で過ごしたいという思いがあっても、訪問看護だけの支援では、家族が覚悟して最後まで看ることができないケースが多い（呼吸苦や痛みがあるとつらくて看れない など）
- ・家族の負担が大きく、また、高齢世帯では介護力不足が認められる
- ・ホスピスを利用している場合は、入院（緩和）前提で一時的に在宅に戻るケースが多い。よって、ホスピスからの訪問診療をされるケースは、ほぼ最終段階で入院している
- ・訪問看護や他のサービスと併用でフォローしているが、治療段階ではないのに本人や家族が病院を選ばれるケースがある
- ・24時間対応をしていないステーションもある
- ・がんの診断を受け終末期であっても、ADLが自立している時は介護保険の介護度が低く、福祉用具などのレンタルが自費になり負担が大きい
- ・病院からかかりつけ医への移行が遅く、訪問看護導入もぎりぎり、信頼関係を築くまでに看取るケースがある
- ・退院してもらうタイミングが難しいためか、または病院がホスピスを進めるケースがあり訪問看護の依頼が少ない地域もある
- ・診療所などは主治医と連絡、相談、指示確認などの連携が図りやすいが、病院は連携窓口が病院個々によって異なっていたり、様々な部署に回されることがあり連携が取れにくい

## 【課題】

- ・介護保険に該当しない年代のサービスが少ない。また、がんの終末期の方の介護度が低いいため、福祉用具など自費になり、経済的負担が大きい。さらに、介護保険を使えない若年の方については、仕事をしながらの介護負担や福祉用具の自費など経済的負担が大きい。
- ・退院時「何かあったら救急車で来たら良い」と説明され、在宅医につながらないケースがある。また、いざ、家に帰りましょうとなっても、家族が不安になり、「何かあれば、やはり病院」という認識がまだまだあるように思う
- ・スピーディーな対応が必要なため、在宅のチームワークが大切だが、本人や家族が目まぐるしい変化に対応しきれない状況が起こるので、アドバンス・ケア・プランニング（A P C）等の取り組みが必要。また、入院している時、早い段階で本人、家族に対してアドバンス・ケア・プランニング（A P C）の説明はしてほしい。その際、訪問看護に説明内容の情報を提供してほしい
- ・家族の思いにも寄り添い、ゆっくり傍で支えてもらえる在宅医が減少している（訪問診療や往診をしている医師でも、入院を勧める医師もいる）また、終末期における病院とかかりつけ医との連携が不十分である
- ・2か所の訪問看護ステーションが同時に入っていると、他訪問看護ステーションとの連携や情報共有をしたり、対応の統一が図りにくい
- ・病院と訪問看護との連携をどのようにすればスムーズな情報共有ができるのか課題である
- ・在宅医がいても、介護力が乏しいと在宅は厳しい
- ・IVH やポンプなど医療管理が必要なケースで、輸液のミキシングを行ってくれる調剤薬局が少ない。また、オピオイドの管理、薬剤師との連携が困難である