

地域の实情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラム  
 ロールプレイ用標準シナリオ②

<事例名>

急きょ退院が決まった、自宅での最後を希望するがん患者の退院支援

<事例概要>

1 患者・利用者の状況	
(1) 年齢	70歳 (2) 性別 男性
(3) 病名	胆管癌、統合失調症、2型糖尿病
(4) 経過・現状	<p><b>【概要】</b>            統合失調症にて当院（地域の中核である総合病院）通院治療中であった。2月に腹痛、嘔気にて来院。閉塞性黄疸を認め同日当院入院。CT、ERCP検査、腹部エコー等の検査にて胆管癌、多発性肺転移と診断。その後、胆管ステント留置し黄疸は改善傾向で食欲も出てきている。主治医より予後3か月と言われ、自宅退院を希望している。</p> <p><b>【ADL】</b>            ほぼ自立。</p> <p><b>【処方内容】</b>            経口抗がん剤投与、腹痛に対してはオピオイドを投与している。（オキノーム、デュロテップパッチ使用）            現在は病棟より配薬し、オピオイド以外は自分で管理。</p>
(5) 家族・関係者・キーパーソン	<p>一人暮らし。唯一の親族であるいとこが隣市に在住しているが関係は薄く、今回の入院でさらに関係が悪化し、今後入院時の保証人等にはなれないと支援を拒否されている。</p> <p>10年以上前に妻と離婚。息子が一人いるが音信不通。生命保険の受取人が息子になっているので、本人は息子を探してほしいという気持ちがある。</p> <p>地区担当の民生委員は地域の組も違うこともあり、今まであまりかわりはない。すぐ下の家に1歳下の幼なじみが住んでおり、本人を気にかけてくれている。</p>
2 ロールプレイの場面設定	
<p>入院中であるが、無断で離院したことをきっかけに本人も希望しているとの理由で、3日後に退院することが決定した。</p> <p>退院調整が行えていないので関係者を集めて退院時カンファレンスを開催することとした。</p>	

### 3 結論（※ロールプレイ開始前には説明せず、終了後の解説時に説明）

退院前カンファレンスの終了後、本人の了解を得て、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーションスタッフが自宅へ訪問し、居室の片づけ、寝床の準備(布団、シーツ等)、トイレの確認、冷蔵庫・洗濯機等の確認をする。地域包括支援センターが民間の配食サービスの手配。退院時に待ち合わせ、お金をおろして買い物をして帰宅。退院翌日から訪問看護と訪問診療を開始。同日、民生委員、隣人も参加してもらい自宅でカンファレンスを開催。急変時の緊急連絡先を皆で共有。

お金の管理は、しばらくは地域包括支援センターが行い、成年後見人の申し立てのためにも息子を探す手配をする。住所地がわかり手紙で連絡を依頼するも返事なし。死亡された場合の遺体引き取り、葬儀等について地区区長、評議員、民生委員、ボランティアで話し合いをし承諾を得る。隣人、コンビニの店員も見守りに加わり生活を継続していた。食欲も徐々に低下し黄疸も著明となる。退院約1か月後、朝方、前の家に雨の中傘もささずに訪問され、近所から不安の声が出たため主治医、民生委員、隣人等と自宅にてカンファレンスを開催。

主治医より、今朝の行動は、胆管癌の進行による不穏状態と考える。痛みもあって不安になったのだろう。近所の方が見守ってくれていることで安心している。痛み止めの効果で少しぼーっとしているが、皆さんの声掛けが本人の安心につながっていると話される。しかし、今後と同じようなことが起こるであろうと説明される。病状の悪化と急死に対する地域の不安も聞かれたため、入院の提案をされる。地域の方とも相談し、本人も承諾したため当院に入院となる。保証人は近隣の方が受けてくれることとなった。

本人入院後、死亡後の流れについて地域とも準備しておくため、死亡届が出せる唯一の方であるいここへの連絡をどうするかを検討した。

葬儀、納骨については、地域の組内で話し合いがあり、今まで地域の付き合いをしてこられた方なので皆で手伝う、組費から不足分は出すことにした、と地域包括支援センターに報告があった。

入院2週間後に亡くなられた。いここには、組の方が連絡を取ってくれて、無事死亡届に印鑑とサインをいただいた。病院に協力して、火葬場の使用時間まで霊安室を使用させてもらった。その後、組内のほぼ全員の方に見守られ、お寺にお経を一巻あげてもらい、無事納骨までを終える。

<シナリオ 配役①>

配役名	Aさん 70歳 男性
<p>持ち家に一人暮らし。母屋はあるが玄関の鍵が壊れており離れに住んでいる。台所やトイレは母屋にあるため廊下伝いで出入りしている。寝たきりで特別養護老人ホームに入所していた母親を5年前に亡くされている。年金生活で貯蓄はほぼなし。妻とは10年以上前に離婚。息子が一人大阪にいるが音信不通。唯一の親族であるいとこがおり、病状説明にも呼んでほしいとの希望で連絡し一度は承諾されたが、いとこの妻の反対もあり、今後は関われないと連絡があった。そのことを本人に伝えると涙されていた。</p> <p>以前から、食事には貪欲でカップラーメンなど好きなものを好きなだけ食べて特に食費に関しては浪費傾向があり、年金月には、お金が足りなくなることもあった。ギャンブル依存傾向もあったが、引き落としのための入金はいくつかの通帳に振り分けていた。地域の付き合いもきちんとされていた。</p> <p>統合失調症で総合病院に通院中であったが、腹痛、嘔気を主訴に来院し、閉塞性黄疸を認め同日入院。検査の結果、胆管癌、多発性肺転移と診断。</p> <p>ステント留置し黄疸改善し食欲も良好になり、制限のある病院の食事では満足せず、無断で離院してラーメンを食べに行ったり、自宅に帰ったりした。</p> <p>病院から連絡を受けた地域包括支援センターの職員が話に行き、病院に送り届けるも「家は良かったが、だれも来てはくれんからねえ」と寂しそうに話された。</p> <p>余命3か月の告知を受け、退院を強く希望されているが、経済的に生活も厳しい。お金の管理にも不安がある。いところにも今後入院の保証人にはなれないといわれた。</p> <p>でも今は、とにかくおいしいものが食べたい。</p> <p>病院に乗ってきた車の処分もどうしたらいいかと悩んでいる。実は、生命保険に加入して受取人は息子になっている。息子を探してほしい。できれば会いに来てほしいと話される。</p>	

<シナリオ 配役②>

配役名	内科主治医 40代 男性
<p>病状の説明は丁寧だが、地味で少し頼りない印象。本人のことは親身に考えてはいるが、度重なる離院で、元気なうちに自宅退院をとの思いが強い。何かあればいつでも再入院は可能と考えているが、相談員の顔色をうかがっている様子が見られる。経口抗がん剤の継続処方については経済的なこともあるのではと心配している。在宅の主治医には、すぐにでも連絡可能と連携はスムーズな印象である。本人には、何を食べてもいいですと説明するつもり。</p>	

<シナリオ 配役③>

配役名	病棟師長 40代 女性
<p>若作りであるが、しっかりした印象。 口調もはきはきとしており、相談員とも張り合える状況。 度重なる離院で、本人を見離しているような感じも受ける。 ある意味苦言を言わなければならない役職として、病院の立場も説明され、本人にも入院中に何かあってはいけないのでと説明され、1日でも早い退院を望んでいる。一方、今自宅に帰らないと帰れなくなるのではとも考えている。 「歩行も可能でトイレも自立。内服薬もセットして渡せば、自分で内服できる」と、本人の状態が安定しており、いつでも退院できる状態であることを強調している。ただ、パッチの交換だけは難しいので、訪問看護の利用が必要ではないかと提案したいと考えている。</p>	

<シナリオ 配役④>

配役名	病院相談員 40代 女性
<p>様々な施設や病院勤務を経験したベテラン社会福祉士。在宅スタッフとは以前同じ病院で勤務していたこともあり、お互い話しやすい関係。早い段階から地域包括支援センターに連絡を取り、今後の支援を依頼していた。今回のカンファレンスも司会進行を務める。本人からは信頼されており関係は良好。今回の退院に向けての話を中心に進めてきた。駐車場の本人の車のことも気になっている。一方、本人の「最後は自宅で」の希望をかなえてあげたいので、病状が安定している今が退院のタイミングとも思う。しかし、急な入院で着替えがない、お金がないなど問題も山積みで、退院後の日々の生活費に加え、入院費の支払いや、死亡時の対応など在宅スタッフに丸投げになってはいけないので、入院中にできることは支援したいと思うが、もう退院は延期できない。ただ、再入院については、保証人が必要であると強調される。</p>	

<シナリオ 配役⑤>

配役名	訪問看護ステーション看護師 50代女性
<p>訪問看護師になって20年近いベテラン看護師。姉御肌で、スタッフや、利用者家族の信頼も厚い。夜間の呼び出しや相談の電話にも速やかに対応し、「救急車より早く来てくれる」と家族に言わしめた人物。今回、地域包括支援センターより依頼を受けて参加。病院相談員とは元同僚で今までもケースのことで相談を受けたこともあり気兼ねがない関係な反面、急な退院に少し不満も感じている。</p> <p>現在、ターミナルのケースも数件あるが、在宅での看取りに関してはできるだけ本人の希望に添いたいという強い思いがある。しかし、キーパーソンがいないことや金銭面について不安がある。</p> <p>在宅の医師は、普段から在宅看取りをともに支援している先生なので心強いし無理も言える。</p> <p>とりあえず地域包括支援センターもともに関わるといふことで、役割分担もしながら支援を考えなければと思う。</p>	

<シナリオ 配役⑥>

配役名	民生委員 60代男性
<p>民生委員2年目。元教員。 本人とは少し家が離れており、あまり関わりはなかった。 今回、病院から連絡を受けて訪問したが、お金の貯えもない、家族もいないと聞いて今後どこまで関わればいいのか不安が強い。 家に帰るとなると、今後どうなっていくのか、すべてが不安。 今後、死後の葬儀も組内でどこまで関わるか。区長さんらと相談しなければと思う。 本人のすぐ近くの家が男性がいつも関わってくださっていたので、今後も情報は聞けると思う。今回も家の鍵をかけないで、急きょ入院されたので近所の男性は心配されていたらしい。どちらにしても自分は、できることの限界がある。 お金のことが一番気がかりである。</p>	



<シナリオ 配役⑦>

配役名	地域包括支援センター 保健師 50代女性
<p>地域包括支援センター勤務8年目。 訪問看護師とも関係良好で多くのケースを共に支援してきた。 最初に病院から情報提供の連絡があった際に病院に会いに行くなどフットワークは軽い。離院して自宅に帰った時も自宅訪問し本人を説得し、タクシーで同行し病院に送り届けた。 今回は問題が多く、大変な印象だが、医療のことは訪問看護師に任せて役割分担をしてひとつずつ整理していったらと考えている。 ただ、以前訪問した際に見た自宅内はかなり乱雑なので、退院前に環境整備が必要だと思う。 近所の方にも協力を得る必要があり、近所のキーパーソンともつながらなければと思う。身寄りのない高齢者の死亡時の対応については、経験も少なく、音信不通の息子への連絡等は行政にも相談をしながら対応しようと思う。 今後のことを考えたら、成年後見制度の活用も必要ではないか。 退院後早急に、自宅で在宅主治医、民生委員、近所の町内役員の方を交えての話し合いをしようと考えている。</p>	