

第41回 東京女子医科大学在宅医療研究会 東京都医療連携強化研修 意見交換会

平成25年6月27日（木） 19:00~21:00
東京女子医科大学 臨床講堂2



テーマ

『女子医大が目指す在宅医療のカタチ』 タイミングを逃さない在宅調整

当番世話人 消化器内科 橋本 悦子

主催：女子医大医師会

共催：東京女子医科大学在宅医療研究会

東京女子医科大学がんセンター・

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

《開催報告》

第41回目の研究会は、消化器内科が当番世話人となり『女子医大が目指す在宅医療のカタチ』—タイミングを逃さない在宅調整—のテーマで、病院長の立元会長の挨拶を受け開催致しました。



在宅医療研究会会長
立元敬子

研究会も回を重ねて41回目を迎えました。

在宅医療に厚生労働省も力を入れております。当院もこのような研究会を通し実績を残してきていますが、今後も発展的に取り組んでいきたいと考えております。本日の研究会では皆様から活発なご意見を頂きたいと思っております。よろしくお願いいたします。

本日はたくさんの方にご参集いただき、ありがとうございました。実際に在宅で過ごされる患者さんの姿から、多くの学びを得ることが出来ました。今後の診療に生かしていけるものと感じています。今後ともご支援のほどよろしくお願いいたします。



当番世話人
消化器内科 橋本悦子

研究会には医師20名、看護師38名、相談員(MSW)9名、薬剤師7名、その他3名の参加があり、総数77名でした(右表参照)。

多くの方の参加を頂きましたこと、深く感謝申し上げます。

研究会のプログラムと各演者の講演のポイントを下記に掲載しました。

| 参加数 77名 | 院内 | 地域 |
|-----------|----|----|
| 医師 (20人) | 11 | 9 |
| 看護師 (38人) | 20 | 18 |
| 相談員 (9人) | 3 | 6 |
| 薬剤師 (7人) | 6 | 1 |
| ケアマネジャー | | |
| その他 (3人) | | 3 |

I. 退院調整における取り組み

- 1) 退院支援の早期介入 消化器内科 岸野真衣子
2) 患者家族の意思決定へのケア がん性疼痛看護認定看護師 松尾あゆみ

II. シンポジウム テーマ「病院と地域のタイミングの捉え方」

座長 神楽坂 DS マイクリニック 東 博敏
東京女子医大病院 消化器内科 岸野 真衣子

課題提示「独居・日中独居の在宅調整の課題」

東京女子医大病院 消化器内科 高山 敬子
討論者 神楽坂訪問看護ステーション 大澤 紀子
白十字訪問看護ステーション 服部 絵美
若松町高齢者総合相談センター 安久 陽子

課題提示「膵臓癌患者の医療処置に関する課題」

東京女子医大病院 消化器内科 高山 敬子
討論者 コンフォガーデンクリニック 木下 朋雄
早稲田クリニック 小西 洋之



I. 退院調整の取り組み

岸野氏：当院の医療連携推進委員会の“退院支援ワーキンググループ”で入院時のICで退院調整を伝えるシートを作成し運用。結果として依頼までの日数は2日程の短縮となったが、入院期間には変化がなかった。調整のなかで複数の家族の意向など、様々な問題が浮上。課題として主治医と社会支援部の細かな情報共有のもと、対応が必要と考えている。

鳥居氏：消化器内科では合併症をもつ患者さんが多く、まずは病状理解をして頂いたあとに退院調整が始まるといった状況がある。退院調整は、在院日数短縮という短絡的な目的ではなく地域連携を綿密に行い、より良い療養環境を整えていくことだと考えている。

松尾氏：患者さんとご家族の病状の認識に合わせた対応が必要で、状況をチームで共有しICの内容を検討している。患者・家族への支援は、医師の説明内容によってその支援を決めており、看護師から多職種の連携へとつないでいる。また外来と病棟とが継続的に関わることにも取り組んでいる。

岸野氏



鳥居氏



松尾氏



II. シンポジウム



高山氏



安久氏 服部氏 大澤氏



木下氏 小西氏



座長 岸野氏 東氏

高山氏：介護力の不足があると、患者・家族の意思決定が進まず、特に患者の「家族に迷惑をかけたくない」という気持ちがあるとなかなか進まない。医療処置の内容によっても、在宅医の調整に時間がかかり、退院が困難となるケースがある。

大澤氏：日中独居に対する家族の不安が強いことは予想される。調整の際、早期に地域に声を掛けていただきたい。訪問看護が使える外泊から始めることも検討して欲しい。病院内では言えないことも地域に場を移して家族に関わると本音が見えてくることもある。

服部氏：家族が残された時間が短いと理解されると家族の動き方が違ってくる。病名やその時々々の病状を伝えていくことが退院調整において大切なこと。

安久氏：65歳以下であっても“がん末期”で介護保険の申請は可能。家族は在宅療養のイメージが付き、判断が出来ないこともあるのではないかと。在宅のイメージが持てる情報提供が必要。

小西氏：現在、外来診療が主であるが、在宅の医師と診診連携を図り、訪問診療を行っている。女子医大でも外来診療を行っており、大学病院と地域医療の連携のなかで役割がとれるのではないかと考えている。

木下氏：今回提示のあった医療処置については、様々な工夫を行えば在宅でも実施可能となる。シームレスな在宅移行のタイミングは、予後月単位となるがん性疼痛や呼吸苦が出現する時期だと考える。この時期であれば、在宅でも告知についても生活支援にも時間をかけて関わられる。

会場からの意見

*患者・家族も病状が悪くなってパニックになっているときに、“在宅”と言われても冷静に考えられない。選択肢を並べても見放され感だけが強くなるのではないかと。

*病状を正しく伝えないということは、緩和ケアの選択肢を奪うことになる。正しい病状を伝えていくことが大事なこと

*独居の場合の緊急対応はどのようにしているのか？モニター管理などもされているのか？

*入院中に他職種が関わるときに、どのような役割分担をしているのか？

等々のディスカッションがありました。

当院社会支援部では、研究会で皆さまから頂く貴重なご意見を、当院の退院調整に活かしていきたいと考えております。今後とも引き続きご支援のほどよろしくお願ひいたします。次回は、実際の訪問診療に同行し、そこでの学びを研究会で報告させて頂く予定です。

社会支援部 大堀洋子

