

第10回 道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座

地域で見守るがんの療養
～病院から地域へ～

訪問診療ってなに？何ができるの？

医療法人社団みどりの里リバータウンクリニック 院長

地域ケアネット旭川 代表

鈴木康之

平成30年11月17日

がん患者の在宅療養

- 病院でがんの治療を受ける 入院⇔通院
- 再発や転移などで、がんの治療が難しくなる
- 体調が悪くなって通院が困難になる⇒入院？
- それでもできるだけ自宅で過ごしたい できれば家で最期を迎えたい



訪問診療

在宅療養の良いところ

①患者にとって良いところ

- ・住み慣れた家である。思い出のものがたくさんある。
- ・家族がいつもいる。わがママが言える。
- ・自分のペースで時間を過ごせる。
- ・時間をかけて家族に伝えたいことを伝えられる。

②家族にとって良いところ

- ・近くで見られている。いつでも話ができる。
- ・残された時間をずっと一緒に過ごせる。
- ・自分たちで介護できる。
- ・やれることをやりきったという達成感を感じることができる。

在宅療養の不安なこと、心配なこと

①患者・家族にとって

- ・急に具合が悪くなった時、すぐに対応してくれるか。
- ・入院を希望した時に対応してくれるか。

②患者にとって

- ・家族に気を遣う、迷惑をかける。

③家族にとって

- ・自分たちだけで介護ができるだろうか。



患者の心持ちと家族の覚悟も必要ですが、これらの不安や心配を解消することで在宅療養の良いところを感じることができる。

不安・心配



安心

安心のためのキーワード

- ①24時間対応
- ②緊急時対応
- ③連携と情報共有

訪問診療までの流れ

- ①在宅療養の希望(患者、家族)を病院の主治医や看護師に伝える。
- ②医師や看護師は地域連携室(病院と地域の医療機関や介護事業所を繋ぐ役割)に調整を依頼する。
- ③地域連携室のスタッフが、患者や家族の話を聞いたうえで、対応してくれる在宅医や訪問看護ステーション、ケアマネージャー等を探す。
- ④退院前カンファレンスを開催する。
- ⑤退院前に自宅の準備をする。(介護用品・必要物品の準備、自宅の改装など)
- ⑥退院して訪問診療を開始する。

大事です！ ⇒ 退院前カンファレンス

参加者：患者（不参加の場合もある）、家族、病院主治医、病院看護師、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、福祉用具担当者、病院リハビリ担当者など

議事進行

- ①主治医から病状経過、看護師から入院生活状況などの説明
- ②在宅医や在宅スタッフから質問、必要事項の確認
- ③訪問診療、訪問看護の説明 緊急時対応（入院など）の確認
- ④患者や家族の意向確認
- ⑤退院までの準備の確認
- ⑥退院日の決定

病院と在宅は退院後も繋がっています

訪問診療（定期）の実際（私の場合）

- ① 外来看護師を乗せて私が車を運転して出発。
- ② 数分前に電話をしてから訪問。
- ③ 患者さんから話を聞く。（痛みなどの症状、食事・排泄・睡眠などの生活状況、心の状態など）
- ④ 血圧などの測定、からだの診察、医療機器のチェック、必要な検査など。
- ⑤ ご家族から話を聞く。（ご家族からみた患者さんのからだと心の状況、介護状況、困りごと、ご家族のからだと心の状況など）
- ⑥ 現在の病状や治療内容の説明。
- ⑦ 今後の方針を説明し、見通しなども話す。
- ⑧ 患者さんとご家族の意思確認。
- ⑨ 雑談。

⇒末期がんの場合は週1～2回

在宅でできる診療行為

- ① 血圧、脈拍、体温、経皮酸素飽和度等の測定
- ② 採血、検尿
- ③ 超音波検査、単純X線検査、心電図検査など
- ④ 注射、点滴(末梢、中心静脈、皮下)、膝関節注射など
- ⑤ 経管栄養(胃ろう、経鼻胃管など)
- ⑥ 小手術、胸腹水穿刺、褥瘡(床ずれ)の処置など
- ⑦ 在宅酸素療法、在宅人工呼吸器療法、在宅腹膜透析など
- ⑧ 在宅緩和ケア(医療用麻薬、鎮静など)

病院の病室でできることはだいたいできます

往診

- ・定期の訪問診療のほかに、患者さんの状態が変化（熱が出た、痛みが急に強くなった、意識がおかしい、出血している、呼吸していないなど）した時などに患者さんやご家族、訪問看護師などからの連絡を受けて臨時に訪問すること。
- ・**365日24時間体制**で対応。不在時は連携在宅医のお願いすることもある。
- ・必要があれば新たな治療をすることもある。
- ・入院が必要と判断したら、病院の主治医や救急病院に連絡して、救急車を呼んで搬送するまで見届けるのが原則。

看取り

- ・退院時から自宅で最期を迎えたい、迎えさせたい。
- ・退院時は、最期は入院して病院(緩和ケア病棟を含む)で迎えたいと考えていたが、在宅療養しているうちに最後まで家にいたくなった。



在宅(自宅、施設)での看取り

- ・看取りが近くなって来たら、医師や訪問看護師が看取りの過程を説明する。
- ・患者さんやご家族の意思確認をする。(気持ちは変わってもいい)
- ・1~2日以内と判断したら、その旨を伝える。必要な人に連絡する。
- ・多くは呼吸が停止してから、連絡をもらって訪問し死亡確認する。
- ・訪問看護師とご家族でお体をきれいにし、決めていた服を着せる。
- ・同時にお寺や葬儀会社に連絡する。
- ・医師は死亡診断書を書いて届けるか取りに来てもらう。
- ・落ち着いてから訪問看護師がお悔み訪問する。

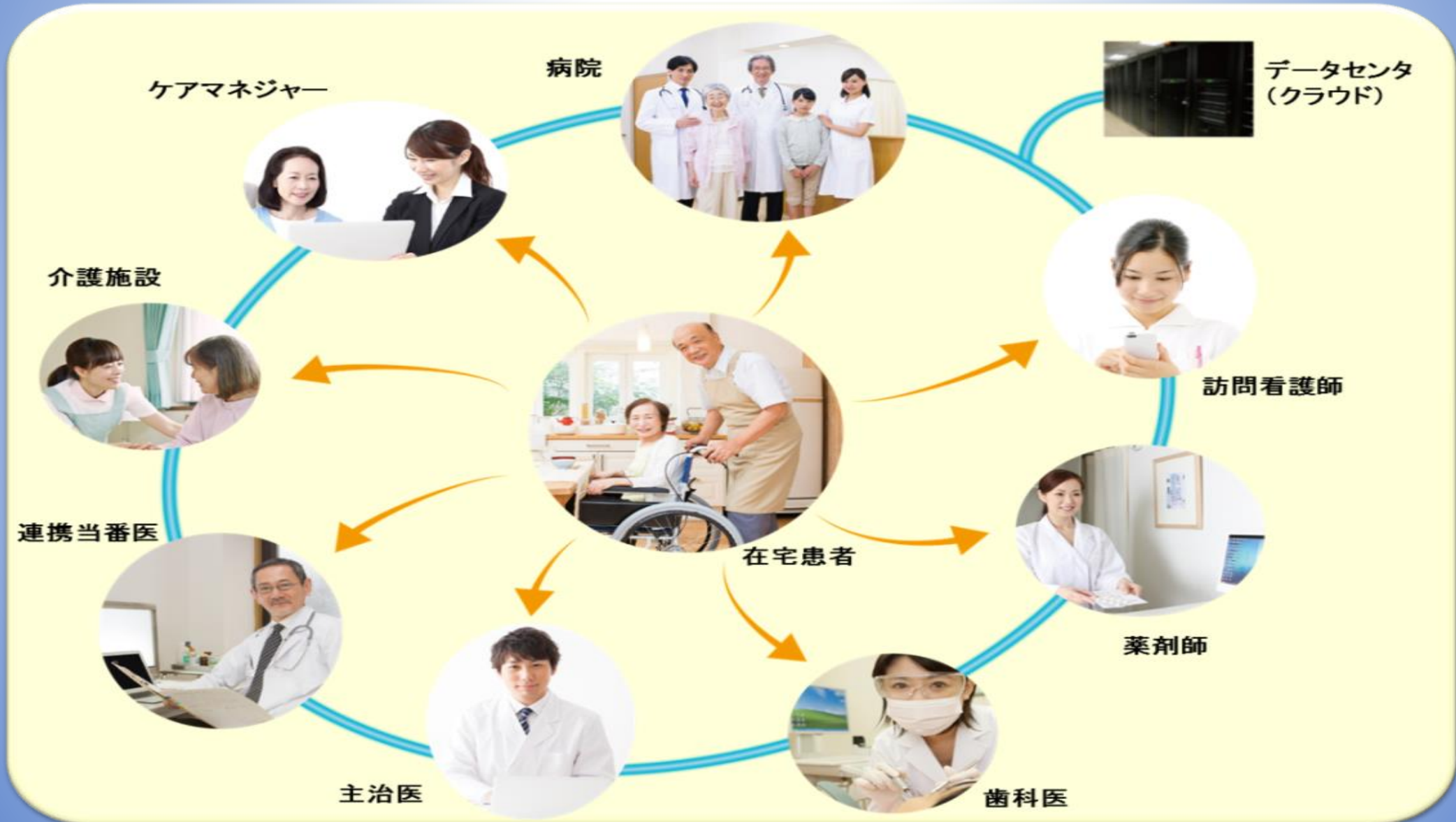
在宅医療における連携

- ・在宅医療では異なる医療機関や事業所から、多くの職種のスタッフに関わる
ことが多い。
- ・これらの連携と情報共有が不可欠です。
- ・末期がんの場合は、特に在宅医と訪問看護師の連携が重要です。
- ・在宅医同士の連携、病院主治医との連携、緩和ケア医との連携も必要です。



連携と情報共有が患者さんにご家族の安心に繋がります。

在宅がん患者さんを支えるチーム



ICT(情報通信技術)による情報共有、連携

- 当該患者さんに関わっているチーム員だけが登録され、LINEのようにパソコン、スマホなどで同じ情報を見ることができる。
- 訪問した時の患者さんの病状、治療内容、ご家族の様子、介護状況、確認事項、疑問点などを連絡帳に書き込む。
- それを見たチーム員が自分の情報や意見を書き込む。⇒遠隔カンファレンス
- 病院の地域連携室が参加すると入退院の準備がスムーズになる。
- 緩和ケア医が参加すると緩和ケア相談ができる。
- 写真も貼り付けることができるので、病変の状態や検査結果、処方箋も簡単に情報共有できる。
- 情報漏れなどのセキュリティも万全を期している。

多職種との詳細な情報共有

オリオン
薬局
6/9
08:41



須原
忍
6/8
21:35

Re:ご報告

薬剤師

[返信](#)

■様ありがとうございます。昨日は研修で申し訳ありません。
明日、訪問の際亜鉛と総合ビタミンの服用状況確認したまいります。
褥瘡への亜鉛の補給は大切です。保険外で実費ですが、本人にも聞いてきます。
タンパクの補給はエレンタールなのですが、食事量として、現在1日1800Kcal位ですか
アフターケアは、単なる質問で、教えて欲しかったので。 島岡

専門職としての視点から
サプリメントの効能共有

2016/6/9(木) 08:41

ご報告

ケアマネ

[返信](#)

■日の訪問栄養指導…さすが専門職、的確なアセスメント、本人の生活状況に応じた提案…チームで関われる有り難さを感じました。先生ありがとうございます。指導内容は100カロリーアップと蛋白質の取り込みを促進するために、亜鉛、総合ビタミンの服用提案がありました
(本人が内服がいいとリクエストあり、昼から夕食の時間が短く食品はしんどいとのことです)サプリメントの亜鉛、総合ビタミン、カロリーアップはチョコレートでやってみるようになりました、つきましてはサプリメントの購入、オリオンさん可能ですか？自宅に亜鉛は少量ありました、同じメーカーで総合ビタミンも。なければ当方で買って届けます

栄養士からのサプリメント服用提案があったことを共有



写真の共有により
正確な情報共有

2016/6/8(水) 21:35

新しいがんの在宅療養のかたち

- がん患者さんの在宅療養のゴールは看取りだけではない。
- できるだけ家で過ごして、最期だけ入院して迎えることも一つの選択肢です。
- 最近では月に1回程度病院に通院して治療を受けながら、訪問診療も受けて日常の治療や急変時の対応をするケースも増えている。⇒二人主治医制
- 以前より病院と在宅医の連携が良くなっていることが、多様でフレキシブルな在宅療養のかたちを実現させている。

大事なこと

- 在宅療養の希望があれば遠慮せずに医師や看護師に伝える。
- 途中で考えが変わってもいい。
- 緊急時対応をはっきりさせておく。(連絡先、連絡方法、入院先など)
- 残された時間を大切にす。後悔ではなく振り返り。伝えたいことを伝える。
- 本人も家族も無理をしないで相談する。
- 病院と在宅医の連携が良ければ多様な選択肢に対応できる。



残されたご家族が納得し、達成感を感じることができる・・・かもしれない。

がんの在宅療養が良かったと感じていただける
ように病院と在宅スタッフは連携していきます。

ご清聴ありがとうございました。