

第 26 回東京女子医科大学在宅医療研究会

日 時：平成 17 年 7 月 9 日（土）13:30～16:00

会 場：南別館 1 階大会議室

会長挨拶

会長（泌尿器科学）東間 紘

開会の辞

当番世話人（第二内科学）高野加寿恵

一般演題 I

座長（新宿ヒロクリニック）英 裕雄

1. 末期肝癌で在宅療養中、死亡直前に再入院を希望された症例

（フジモト新宿クリニック）藤本 進

2. 頻回な入退院をくり返す高齢世帯のみの患者の在宅との連携の実例

（白十字訪問看護ステーション）秋山正子・中館涼子

（千葉大）岡本有子

追加発言

（在宅医療支援推進室）大堀洋子・（医療社会福祉室）縄島正之

3. 一人暮らしの癌終末期患者の退院調整

（耳鼻咽喉科病棟）矢代恭子・仲田靖子・木所篤子

（在宅医療支援推進室）大堀洋子・沼田久美子

4. 地域から見た入院クリニカルパス

（新宿ヒロクリニック）英 裕雄

一般演題 II

座長（在宅医療支援推進室）沼田久美子

5. 第二病院在宅医療部における卒後臨床研修への取り組み

（第二病院在宅医療部）増田太一・駒場泉恵・朴 宗晋・高杉絵美子・堀田典寛・山中 崇・大塚邦明

6. 曙光会における在宅死亡者の検討

（曙光会コンフォガーデンクリニック）木下朋雄・及川信哉・工藤真裕・小田万里

7. 医療社会福祉室における“退院援助”について

（医療社会福祉室）富川由美子・小松美智子・木舟雅子・縄島正之

小野賢一・村本ゆう子・斉藤有香・岩田 誠

8. 終末期の在宅療養と患者様の病状理解

（在宅医療支援推進室）沼田久美子・長井浜江・大堀洋子・篠 聡子・丸谷春美

（衛生学公衆衛生学（二））佐藤康仁・清水 悟

閉会の辞

当番世話人（第二内科学）高野加寿恵

1. 末期肝癌で在宅療養中、死亡直前に再入院を希望された症例

（フジモト新宿クリニック）藤本 進

80 歳女性。蜂窩織炎で大学病院腎臓内科に入院中、たまたま肝癌が発見され予後 3 ヶ月の告知を受けて退院した。退院時、主治医からはいつでも再入院が可能と説明されていた。在宅療養中病状はゆっくりと進行し肝性昏睡の状態となった。痛みはないが患者が不穏状態となったため家族は再入院を希望された。まず、公立病院緩和ケア病棟に相談したが本人に告知がされていないので入院は困難と判断された。次に、在宅主治医は前回入院していた大学病院主治医に入院の依頼をしたが、病院主治

医は看取りの入院は適応外と断った。家族は同大学救急外来を受診させるが、やはり入院適応がないと都立病院へ転院となる。その数日後に死亡された。考察：末期癌患者が看取りのための入院を望んだ時、受け入れる病院側の主治医と在宅主治医が単なる診療情報提供書のやり取りだけでなく、密に連絡を取り合い、患者の病状を十分に理解し入院の受け入れについて相談する必要があると考えられる。

2. 頻回な入退院をくり返す高齢世帯のみの患者の在宅との連携の実例—多科受診している患者の退院時におけるスムーズな調整が必要と思われた事例—

（¹）（有）ケアーズ白十字訪問看護ステーション

ン,²元(有)ケアーズ白十字訪問看護ステーション、千葉大学大学院看護学研究科)

秋山正子¹・岡本有子²・中館涼子¹

87歳男性。CABG, Y grafting 後、肺炎で入退院を繰り返す。2003年イレウスの疑いで緊急入院し、約1ヵ月の治療で軽快したがADLが拡大されない。本人・妻が退院を希望し、訪問看護が依頼された。退院帰宅時、妻も健康問題があり、室内外には生活問題が散見され、在宅医が必要と考え、近隣医師に依頼した。息切れが見られるが病状観察およびヘルパーと協働で生活支援し、ADLが徐々に拡大された。退院12日後S外来受診に看護師が介助に同行した。定期フォロー困難とされ、訪問診療しない別の医師への紹介状が渡された。そこで当初の在宅医に診療継続を依頼し、生活支援と病状観察をした。その後、再イレウスでの入院1回だけで、安定した状態で約2年が経過している。考察：低ADLの高齢世帯患者の退院後、早期外来受診は身体的社会的に困難なため退院前調整が望まれた。また、医療が高度専門化する中で在宅医療が推進され、専門医と訪問看護師・かかりつけ医との連携が必要と考えられた。

3. 一人暮らしの癌終末期患者の退院調整

(¹中央8階病棟, ²在宅医療支援推進室)

矢代恭子¹・木所篤子¹・仲田靖子¹・

大堀洋子²・沼田久美子²

昨今耳鼻咽喉科の病棟でも、認知症、一人暮らしという問題を抱える癌終末期患者が増えている。

事例の患者は在宅で過ごしたいという希望を持っていたため、調整当初は在宅移行を計画していたが、地域の福祉士や往診医から在宅での生活が安全に送れるかという問いかけがあり、再調整することとなった。医療者間で具体的に認知症の症状や住まいの構造から考えられる危険性や急変時の対応を一つ一つ確認した結果、在宅移行は難しいことが明らかになり、患者にホスピス転院を勧めるに至った。

退院調整において、看護師は積極的に多職種との連携を図り、患者の生活環境と日常生活行動をより具体的に検討していくことが求められていることが示唆された。

4. 地域から見たクリニカルパス

(新宿ヒロクリニック) 英 裕雄・関口聡子

地域在宅医療チームには様々な欠点がある。その中でも多職種・多事業体連携の欠点として、①ケア目的が不統一(目的の明確化が必要)、②患者さんごとにケアチーム編成がはらばら、③事業所・医療機関ごとに対応が異なる、④患者さんの介護環境がばらばら、⑤医療機関ごとに物品在庫状況が異なる、⑥情報共有化が困難、などが挙げられる。今後、より重症な患者さんを円滑に在宅で支えるためには、連携パスの使用が不可欠だと考えられる。当院では、3年前より在宅での胃瘻管理パス・在宅

中心静脈栄養管理パスを利用しているが、実際には利用率はかなり限られている。その問題点と課題を考えたい。また今後の入院医療の様々な局面で利用されるであろう、入院パスとの連携をいかに図るべきかも検討していきたい。

5. 第二病院在宅医療部における卒後臨床研修への取り組み

(第二病院在宅医療部)

増田太一・

駒場泉恵・朴 宗晋・高杉絵美子・

堀田典寛・山中 崇・大塚邦明

第二病院在宅医療部では、医師の卒後臨床研修の地域医療・保健研修を担当している。研修内容は訪問診療に加え、訪問看護への同行、荒川地区神経難病訪問診療への参加、高齢者総合機能評価外来、講義、抄読会、最終日にテーマを決めての発表などとなっている。

これまで研修の感想として次のようなことが挙げられた。病院の中でこのような活動をしている部門があることを知らなかった。医学的対応に限りはあっても、そばに寄りそっているだけで安心感を与えることができるといった。

在宅医療の研修を行う際のよい点として、研修医にとって情緒面の教育となること、将来専門医になるにしても、在宅医療でできることとその制約について理解して対応できるようになることが挙げられる。一方、今後の課題として、1ヵ月という期間では患者様との信頼性、継続性という面で限界があり、研修内容を再検討する必要性が考えられる。

6. 曙光会における在宅死亡者の検討

(医療法人社団曙光会コンフォガーデンクリ

ニック、落合内科クリニック、代官山内科クリ

ニック) 木下朋雄・及川信哉・工藤真裕・

小田万里・保母裕子・秋田真澄

[目的]当グループにおける在宅での死亡者について、癌の有無と診療期間に注目して調査、検討を行った。

[結果]対象患者数は、男性83名、女性78名、計161名であり、年齢は、24～99歳、平均82.1歳であった。癌死は86名で平均年齢77.2歳、非癌死は75名で平均年齢87.8歳と、非癌死は癌死に比べて約10歳、有意に平均年齢が高かった。診療期間は1日～6年3ヵ月、平均8.2月で、半年以内に66.5%が死亡した。癌死の平均診療期間は3.9月で、半年以内に84%が死亡したのに対し、非癌死は平均診療期間が13.0月と癌死に比べて長く、半年以内の死亡は48%であった。

[考察]癌患者は、ある程度は死の受け入れができていたため、若い年齢であっても自宅での終末期を希望する方が少なくない。それに対して癌でなく在宅医療を受けていると、さらに高齢にならないと死の受け入れが困難であり、在宅で看取る方は癌死の方よりも平均で10歳も