



2008/04/17 K-NET研修会

がん相談の現状と在宅支援

広島市立広島市民病院
がん診療相談室
医療相談員 山崎恭子

医療支援センター

地域医療連携室
(外来診察の予約
/退院支援)

がん診療相談室

総合相談室
(治療に伴って生じる
生活面の相談など)

医療安全対策室

在宅支援室
(ストーマケア、
HPNの指導など)

診療情報管理室



がん診療相談室

がん患者・その家族が抱える
さまざまな相談に対応

看護師 1 名
医療相談員 1 名

受付時間 午前9:00～午後4:00（開院日）

場 所 管理棟 1階
医療支援センター内
「がん診療相談室」

電話相談 直通 082 - 221 - 1351

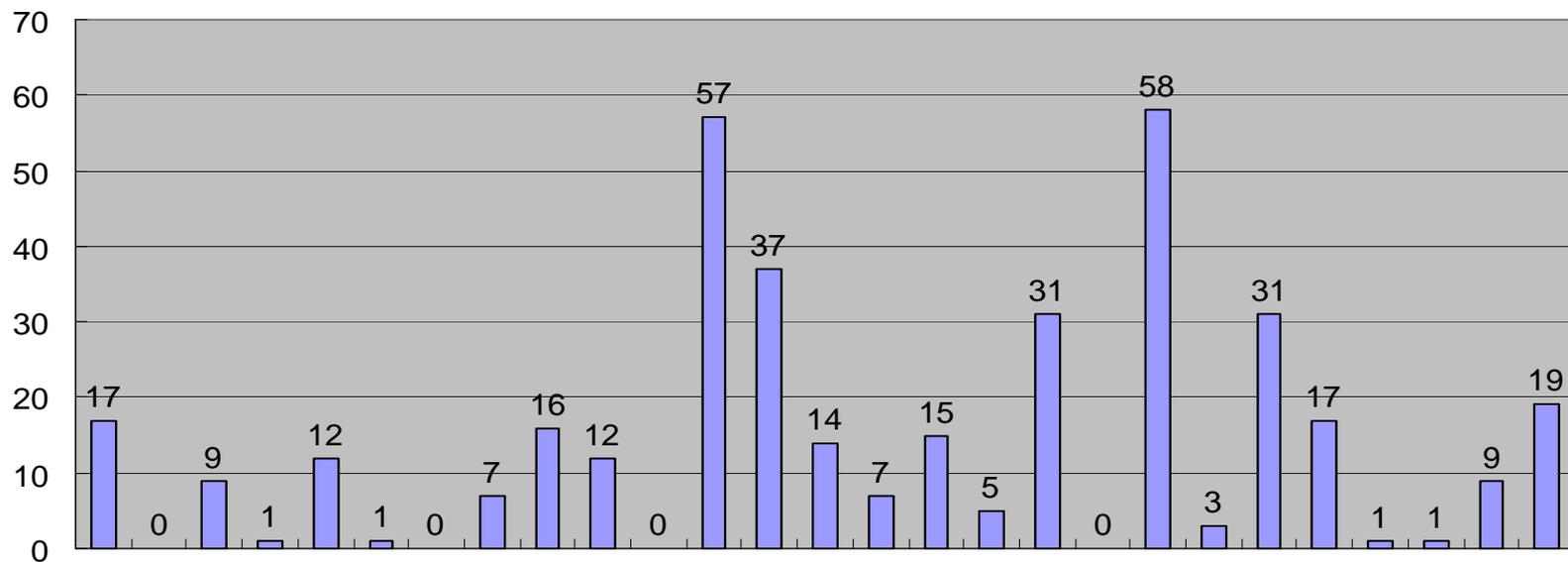
来訪による面談（面接相談）

当院のがん相談の現状

	年月	200711	200712	200801	200802
	合計 患者数	222	254	159	212
小項目（複数回答可）	1 がんの治療	28	6	5	17
	がんの検査	1	1	2	0
	症状・副作用・後遺症	8	2	0	9
	セカンドオピニオン（一般）	2	2	2	1
	セカンドオピニオン（受入）	20	9	8	12
	セカンドオピニオン（他へ紹介）	4	5	1	1
	治療実績	0	0	0	0
	受診方法・入院	14	0	2	7
	転院	59	40	20	16
	医療機関の紹介	73	22	11	12
	検診	0	0	0	0
	在宅医療	83	31	29	57
	ホスピス・緩和ケア	76	47	34	37
	2 症状・副作用・後遺症への対応	18	4	5	14
	食事・栄養	4	20	15	7
	介護・看護・養育	41	48	9	15
	社会生活（仕事・就労・学業）	0	4	3	5
	医療費・生活費	49	32	15	31
	補完代替療法	6	3	0	0
	漠然とした不安	66	33	36	58
	3 告知	1	6	0	3
	医療者との関係	37	32	10	31
	患者・家族間の関係	66	44	13	17
	友人・知人・職場の人間関係	1	2	0	1
	4 患者会・家族会（ピア情報）	1	0	0	1
	5 在宅支援（指導）	19	31	22	9
	その他	1	8	19	19

2008年2月のがん相談内容

人数



相談内容

転院・在宅退院支援の現状

年月記号	2007/11	2007/12	2008/01	2008/02
転院 緩和ケア	8	9	9	6
転院 一般病院	1	6	5	1
転院 療養型病院	0	0	0	0
施設入所	0	0	0	0
退院カンファレンス	5	4	3	4
往診調整	5	2	5	4
訪問看護調整	10	5	6	4
介護保険利用調整	9	3	6	4

がん診療相談室を含めた医療支援センターでの関わりの数₇

当院における在宅緩和ケアへの退院支援

治療の終了など

在宅退院の決定

退院へ向けて関わりの依頼

面接

サービスなどの検討（他の機関との連絡調整）

退院前カンファレンス

準備

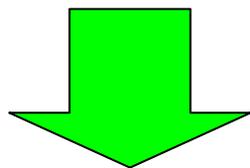
退院

退院までの流れ

在宅退院の決定

退院へ向けて関わりの依頼

治療の終了などで在宅退院の決定



医師や看護師からの依頼

本人や家族が退院について
どのように考えているかが重要

退院の動機づけ

退院へ向けての面接

病状や状況を把握して面接

退院へ向けての不安なこと（視点は生活）

- 病状についての不安
 - 処置など必要な医療的なことについての不安
 - 介護についての不安
 - 経済的な不安
 - 今後のかかりつけ医についての不安
 - 家族関係
 - 漠然とした不安
- など



解決のために問題を整理（assessment）

* 必要な情報提供

- 利用できるサービスや制度
- 在宅医療の体制
- 退院後も相談に応じる姿勢 など

* 主治医へ再度説明を依頼

- 病状
- 退院に向けての説明

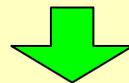
* 患者・家族の心理的な援助

サービスなどの検討 (機関との連絡調整)

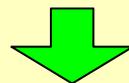
在宅緩和ケアの場合...

- かかりつけ医（往診医）
- 訪問看護
- 介護保険サービス（住環境の整備など）

必要なサービスを本人・家族に情報提供・提案

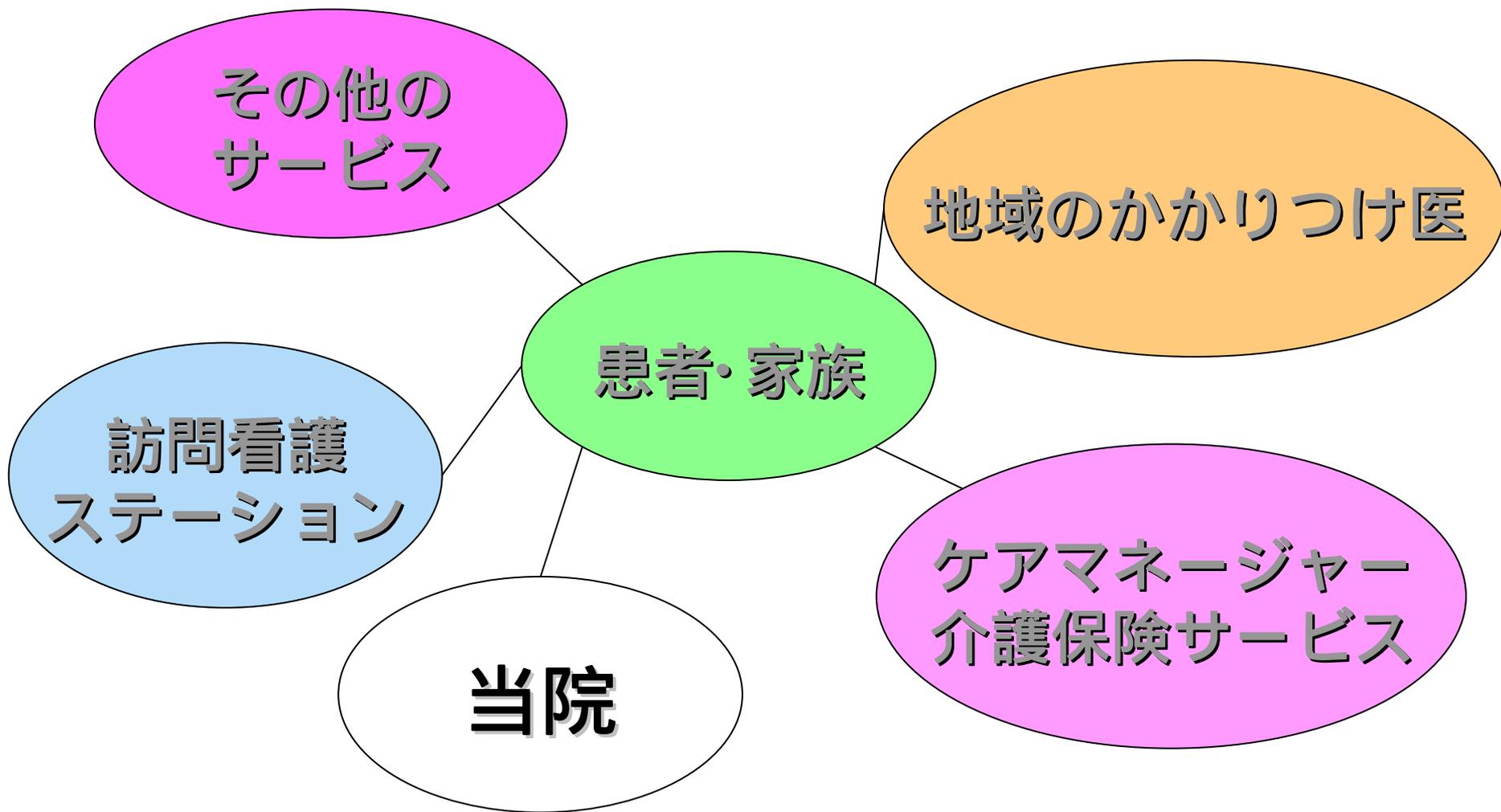


依頼する機関の選定



機関との連絡調整

退院前カンファレンス





退院前カンファレンスの内容

- 主治医や看護師から病状や必要な処置などの説明
- 本人や家族の退院へ向けての思い
- 退院後の利用するサービス内容の決定
- 退院までの準備（人的・物的）
- 在宅での看取りの意志についての現時点での確認（入院を希望しているか？）
- 緊急受入れ先（当院でOK？）・当院への通院
- 家族間の関係性や心理的な問題、経済的な不安についての必要な範囲での情報共有



退院への準備

準備期間は短い

短時間でいかにきちんと地域の機関と連携するか

- 診療情報提供書
- 看護サマリー
- 訪問看護指示書

退院時共同指導料の算定

退院！

事例

肺がん男性 82歳

本人・妻と2人暮らし

在宅医療・介護必要（23年前に脳梗塞で右マヒあり）

主治医から在宅への退院へ向けて支援の依頼あり。

< 初回面接 >

妻）まずは家に帰って、ゆくゆくは緩和ケア病棟への入院を考えている。家で看取るのは大変だと医師にも言われた。

在宅退院の意志はあり、利用サービスを検討・調整する。

利用サービス：往診・訪問看護・介護保険サービスに決定。

< 2回目の面接 >

サービスの確認・緊急時の受け入れについての確認

妻）何かあれば市民病院で受け入れてくれると先生が言っていた。

主治医に確認する

主治医）そんなことは言っていない。ベッドがない。最期を受け入れてくれる病院を今から調整しておいて欲しい。

< 問題 >

緊急時の受け入れについて家族と主治医に理解のズレがある。

< 第3回面接 >

妻は最初ゆくゆくは緩和ケア病棟と言っていたことから、確認をする。

妻) 民間の病院には行きたくない! 最期は市民病院で見てもらいたい!

妻は緩和ケアの話をもっと聞けなくなってしまった。それとともに主治医に対する不満が口にでるようになる。

在宅医療・介護の準備は問題ないのに...

何かあったとき、最期の受け入れ先が決まれば退院できそう。

< 問題 >

緊急時の受け入れについてのズレから主治医に対する不信感が募っている。

主治医に家族の思いを伝える (最期は当院でという思いが強い)

主治医) ベッドがないので緊急で受け入れても現在の病棟の個室で...というわけにはいかない。そういう最期の迎え方は さんにはふさわしくないと思う。

S W) その言葉をそのまま家族へ伝えてください。また家で最期を迎えたとしたらどのような経過になるかお話ししてあげてください。

< 第4回面接 >

妻) 主治医の先生がバタバタした中での死は主人にはふさわしくないと言って下さった。先生の目に涙がうっすらみえた。私もそういう最期は主人には迎えて欲しくない。家で看取る覚悟ができました。

翌日、往診医・訪問看護師さんに来ていただき、退院カンファレンスを行った。その次の日に本人も妻もおだやかに退院された。

在宅緩和ケアの退院支援のまとめ

- よい治療・看護のあとの「よい退院」へ向けた関わり
 - 地域との密な連携なくして早期の在宅退院はない
 - 退院後の関わりの重要性 = 「がん診療相談室」の利用
- * 患者・家族に対する心理的な支援
- * 関係機関と当院の主治医との「橋渡し役」として...)

まだまだ発展途上中です。
今後ともよろしくお願いします。