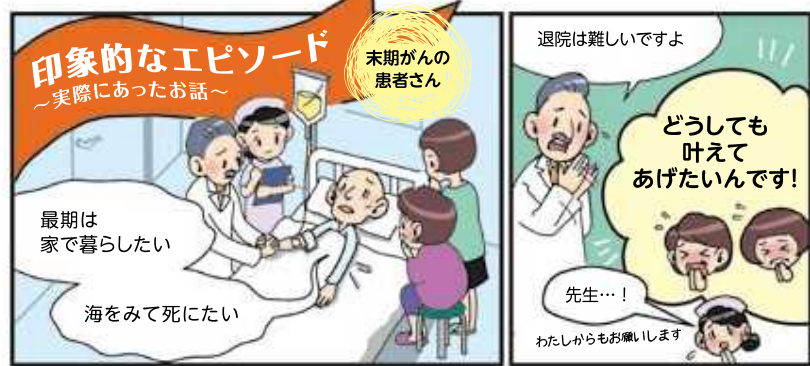
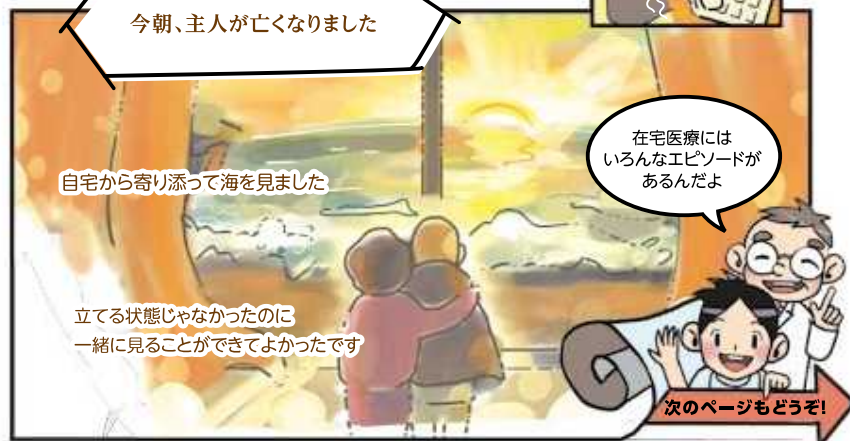


## 2. よりよい在宅医療をつくる

### 在宅と、患者さんと。



—こうして  
家族のあと押しで退院できることに



4

### 印象的なエピソードは何ですか?

ご家族とともに自宅で過ごす在宅医療だからこそ経験できる、印象的なエピソードをお聞きました。

Episode

#### 1. 目標の日まで

手術後、寝たきりになった患者さん。教え子がお見舞いに来る日を目標に過ごされていました。その日にむけて「訪問入浴ではなく、自宅のお風呂に入りたい」と言われていたので、ヘルパーと訪問看護師と協力して、段差や浴槽の深さなどのバリアをなくし、入浴していただきました。教え子の好きなワインを奥さんに買いに行ってもらい、いつもは寝たきりだったけれど、ベッドを起こす練習もされていました。事前に選んでいた洋服を着て、ヒゲを剃って、身だしなみを整えて迎えた当日。教え子と一緒にワインを飲んで、いつもよりしゃきっと過ごされていました。本人から「よかった、これで安心できるわ」という言葉も聞かれました。翌日、体調を崩され亡くなりました。目標にむけて、ご自分で調整されていたんだなあと思いました。

Episode

#### 2. 患者さんとご家族の間で

ずっと診ていた末期癌の患者さん。事前にご家族や患者さん本人と相談した上で、在宅で看取る予定でしたが、看取り間際になって不安に思われたのか、ご家族が突然病院に行くことを希望されました。患者さんはもちろん在宅での看取りを希望されており、一方、ご家族からは患者さんを説得するよう求められました。患者さんの気持ちはよく分かっていましたが、ご家族の意向を受けて、患者さんとじっくり話をした上で、一緒に涙を流しながら病院へ行くことを決めました。

Episode

#### 3. 好きな事が続けられる

奥さんと二人暮らしの患者さん。料理が得意な人だったので外出可能な頃は、奥さんと一緒に食材を買いに行ってお料理をされていたのですが、外出が難しくなるにつれて買って来た食材で料理をされるようになり、次第に料理も出来なくなると、奥さんに「こんな料理を作って」と伝え、できた料理を写真に撮っておられました。「レシピをノートに残したい」とも言われていました。



#### インタビューを終えて

ここでは紹介しきれませんが、先生方それぞれ印象的なエピソードをお持ちでした。エピソード2のように、在宅医療を希望していても、継続できなくなる現実も分かりました。それでも患者さんやご家族の想いにいつも寄り添い、個々の状況に応じた形で在宅医療を続けられたお話をお聞きしていると、医師と患者さん・ご家族で築かれた信頼関係が目に見えようでした。



## 多職種との連携

地域医療でご活躍の先生方へのインタビューをもとに、  
多職種連携のポイントをピックアップしてまとめました。



遠い大きな特養ではなく、生活圏域の小規模多機能型  
居宅介護施設を中心に、高齢者が住み慣れた地域でご  
家族と共に生活できるように、地域包括ケアを構築す  
る必要があります。淡海あさがおネットを利用すれば、  
多職種間の情報共有を行うことができ、災害時には要  
援助者などの情報を関係者間で閲覧できます。

本多 朋仁 先生 | 本多医院



訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所と連携し  
ています。介護保険適用のサービスを利用している患者  
さんについては、医療や福祉のスタッフや患者さんとご  
家族が一堂に会するサービス担当者会議の場において、  
患者さんが利用しているサービス、あるいは新たに利用  
したいサービスなどについて話し合っています。医師も  
サービス担当者会議になるべく出席するようにしてい  
ます。また、地域の医療や福祉のスタッフが集まって日常起こっている問題に  
ついて話し合う「在宅療養ミーティング」を2か月に1回の頻度で開催し、毎回  
50~60名の医療介護関係者の参加があります。

福田 章典 先生 | ふくた診療所

ケアマネジャー、訪問看護ステーションとの連携が大切です。連絡の手段は電話、  
FAX・PCメール・医師会の淡海あさがおネットなどがあります。定期的なカンファレ  
ンスもできる限り参加しています。訪問看護師からの事前の情報は、短時間の訪問  
診療の中での病状把握に役立ちます。多職種連携を円滑に進める為には、ケアマネ  
ジャーとの連絡、調整が重要です。

埴田 まゆみ 先生 | 坂本民主診療所



チーム内の動きや情報の共有は淡海あさがおネットを  
利用しています。チームのスタッフ全員が集まれる時  
間というのは非常に限られるので、患者さんの日々の  
状態の把握やスタッフ間の通信は出来るだけ淡海あさ  
がおネットを利用し、必要に応じ面談をするようにし  
ています。

橋本 修 先生 | 橋本医院



地域の多職種みんなが顔の見える関係で、電  
話であっても自己紹介なしですぐに本題に  
入れます。そのような関係性をつくるために  
定期的な「チーム永源寺」という連絡会議を開  
いています。情報共有には医師会のグループ  
ウェアを利用し、在宅患者さんについては月一回サービス担当者  
会議を開いています。ルールは患者さん一人あたり15分の時間厳  
守です。会議は医師が進めるのではなく、ケアマネジャーがリー  
ダー役です。

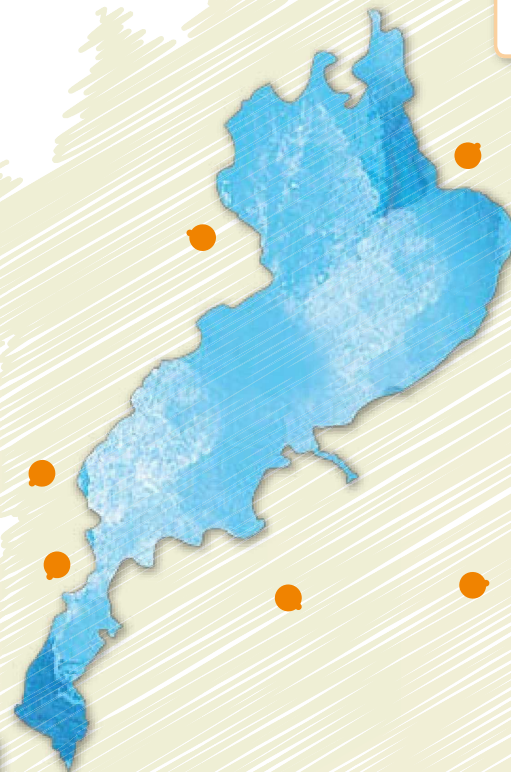
花戸 貴司 先生 | 東近江市永源寺診療所



在宅医師、訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援事務所(ケ  
アマネジャー)、訪問介護(ヘルパー)、通所リハの各ス  
タッフがクリニックにいます(一般的には別々の組織  
がやっているケースが多いです)。沢山の部門を持つと  
大変なことが多いですが、必要に応じて部門を増やし  
てきました。

雨森 正記 先生 | 弓削メディカルクリニック

## 滋賀県



## 在宅医療を支えるチーム。



## インタビュー 5 多職種と連携することで助かったことは何ですか？

実際の現場では、どのようにして「多職種連携」を進め、また、その中で医師は、どのような役割を果たしているのでしょうか？連携のメリットと工夫についてお聞きしました。



橋本 修 先生 | 橋本医院

医師は一回の訪問にかけられる時間も少ないし、回数も、基本的には2週間に1回程度と多くはありません。患者さんにもつわる日常の状態は、頻繁に接触のある訪問看護師やケアマネジャーの方が医師よりもずっと詳しいので、そうした日常の情報を得られることが多職種連携において非常に大きいです。患者さんから見れば誰がリーダーでもありません。チームの皆が、同じ方向を向くことが大事であり、そのためには医学的な専門知識を持つ医師が、エビデンスをしっかり持ち、多職種のスタッフへ、具体的に分かりやすい納得できる指示を出すなど、十分な説明をする必要があります。特に長期療養の患者さんは、常識的な処置法から外れる場合がしばしばあり、それだけに医師は十分なエビデンスをもち説明していかなければならないと思っています。

在宅医療は、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなど多職種が活躍して成り立ちます。大切なことは、医師がスタッフの専門性を尊重しつつ皆をねぎらい、モチベーションを高めることです。チームのモチベーションを最も効果的に上げることができるのは医師以外にありません。より良い医療、介護を提供するために、大きな心でスタッフをまとめるスキルが医師には必要だと考えます。

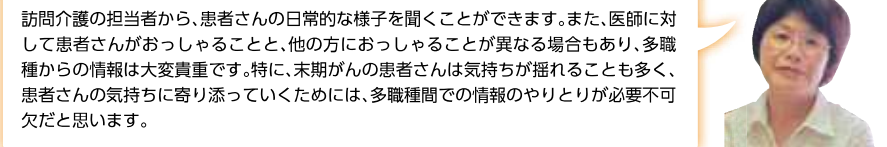


古倉 みのり 先生 | 甲南病院



福田 章典 先生 | ふくた診療所

医師より介護職や看護師が患者さんの在宅療養生活を支えていると思っています。ケアマネジャーは介護のプロなので、介護に関しては任せています。問題が起こればお互いに連絡を合っています。医師は医療に関することと足を運ぶこと（訪問診療）はがんばりますが他のことはその道の専門家（医師以外の職種）に任せています。例えば、レスパイトのショートステイの利用調整は、ケアマネジャーにお任せしています。



東 昌子 先生 | 鶴所診療所

訪問介護の担当者から、患者さんの日常の様子を聞くことができます。また、医師に対して患者さんがおっしゃること、他の方におっしゃることが異なる場合もあり、多職種からの情報は大変貴重です。特に、末期がんの患者さんは気持ちが揺れることも多く、患者さんの気持ちに寄り添っていくためには、多職種間での情報のやりとりが必要不可欠だと思います。



今村 浩 先生 | 坂本民主診療所

そもそも連携がないと成り立ちません。援助の主役は、介護職と訪問看護師です。そこにケアマネジャーが連携しています。一般の開業医は外来診療が中心なので、多職種との連携が密ではないことがあります。また、普通の開業医は給与計算などマネジメントをする必要が多いのですが、私たちのところは事務長にそのようなマネジメントは任せ、医師は医療に集中できる体制になっています。