

「在宅医療」知っていますか？

家で最期まで療養したい人に

平成 29 年 7 月 8 日（土）13:30～16:00

愛知県がんセンター中央病院 国際交流センター・大会議室

コンテンツ

基調講演

「その時を自分らしく過ごすために 2
 ～緩和ケア病棟を経て在宅医療に取り組む立場から～
 みずほ在宅支援クリニック院長 家田秀明

語りあい、そして地域連携へ 5

●パネルディスカッション「あんしんの在宅医療を地域連携でささえる」

コーディネーター：地域緩和ケアネットワーク代表 下山理史さん
 （愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部 部長）

パネリスト：かわな病院 医療福祉相談室 MSW 吉田芽衣子さん
 訪問看護ステーション ゆめの葉 代表 篠原宏翠さん
 ホスピス研究会 OKAZAKI 代表 金田亜可根さん

アンケート結果



「その時を自分らしく過ごすために ～緩和ケア病棟を経て在宅医療に取り組む立場から～」

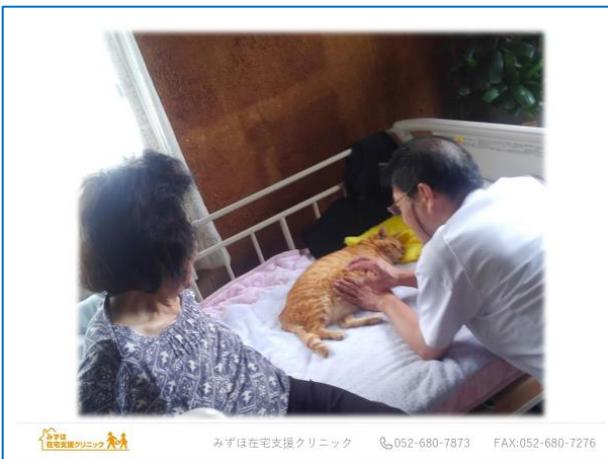
みずほ在宅支援クリニック院長 家田秀明



その時を自分らしく過ごすために

皆さん「フレイル」という言葉をご存じでしょうか。足腰が立たなくなって生活するのに難儀な状態になってくることです。

私が診ている高齢患者さんの「おばあちゃん猫」は、病気で開腹手術をしたあと、足腰が弱ってほとんどベッドで寝ています。こういう状態がフレイルです。



猫は足の裏が敏感で、触るとすぐ跳ねのけたり、何をするんだといって噛みついたりするのが普通なのですが、ほとんど反応がありません。これをフレイルといいます。

飼い主のおばあちゃんの方が元気です。この方もフレイルだったのですが、術後に回復して、猫は回復していませんという状態です。この猫は今後どうなるのか分かりませんが、一緒に私が訪問診療しています。

「そのときを自分らしく過ごすために」。そのときの「その」ってどういうことでしょうか。そのときというのは人それぞれ違います。「きょう」を考えていく上で時間の流れが非常に大事です。これがまず基本ではないかと思っています。

「在宅」っていいものだな

緩和ケア病棟で患者さんを診ていた時は、まずは症状コントロールをすることによって自分らしく生活ができる、あるいは、生きている時間をそれなりに過ごすことができるように努力してきました。

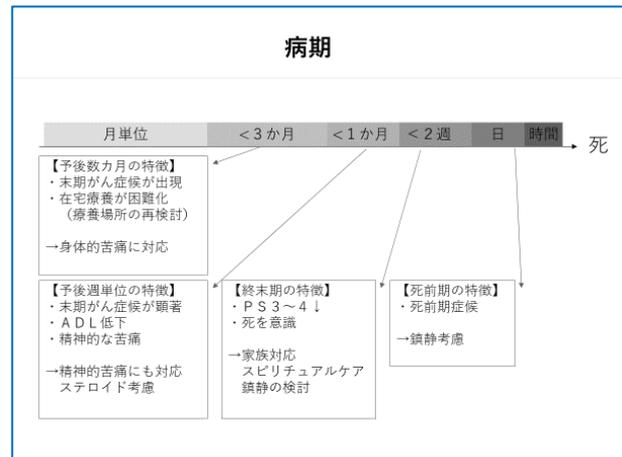
私が在宅医療に取り組むきっかけになったのは、5年ぐ

らい前、私の勤務する緩和ケア病棟から自宅へ帰られた方を3年ほど訪問診療させていただいたことです。そのときに思ったのが、在宅というのはいいなということです。ご自宅で生活されている方は、やはり自分らしさを取り戻す機会が多いと感じました。

その時々状況に応じて、自分らしく過ごすための大きな問題は時間の問題です。環境、病気の状態、経済的な問題や家族などのサポートの力、こういったものが大きく関わっていることに気づきました。

去年5月に私の母が亡くなりました。母は10年前に足と腰を骨折したことがきっかけで、寝たきり状態になりました。7年間、看病をしたのですが、本人もつらかったのでしょう。早く死にたいとか、早く殺せとか、いろいろ言われて非常に大変な思いをしました。在宅で最期までやり切りました。在宅というのはいいなものだなと思いました。

最期まで自分らしくあることは可能



【図1】

病気によって時間軸が変わってきます。がんの患者さんは、非常に生活レベルが高いのですが、あるところをきっかけに急に悪くなる場合があります。こうした病気の予後経過をある程度頭に入れておく必要があると思います。

すべての疾患に言えることですが、自分らしく過ごすために「そのときを」という意味は、年単位なのか、月単位なのか、半年なのか、3カ月、1カ月、2カ月、あるいは2週間なのか、日にち単位なのか、時間単位なのか。それ

それに自分らしく過ごすためのチャンスはあります。

例えば先日亡くなれた方は、自分が〇月〇日に死ぬと宣言して、〇日の2日後に亡くなりました。奥さんとの時間を非常に大事にされて、最期は穏やかに逝かれました。最期を迎えざるを得ない状況になっても、自分らしく生きることはできるものだなということを緩和ケア病棟でも在宅でも私は感じました。

月単位と週単位の状態

自分らしく生きるためにどうするか。まず、この時期に何が起るのかということを理解していく必要があります。

年単位のときには、まだまだいろいろなチャンスがあります。治療をするというチャンスもあります。治療をしなくなればおしまいかということ、そういうわけではありませんし、治療をしないという選択をする人もいます。

月単位という、非常に限られたところに言及していくと、予後数カ月という状況になってくると様々な疾患に言えることですが、ADL(日常生活動作)が落ちてきます。

週単位という状況になると、まさに亡くなる前の色々な不穏が出てきます。不眠、あるいは譫妄、痛みがひどくなる。もちろん個人差はありますが、薬でコントロールできる場合が多いので、いたずらに恐れることはありません。

病気による医療対象を考えたときに、まず年単位、月単位のときは、一般病院においての1カ月の入院はなかなか難しいわけです。前頁【図1】のように飛び飛びになりながら、最期は長くいることも可能かもしれません。

訪問診療への流れ

予後半年とみなされたとしても、緩和ケア病棟への受け入れは厳しいのが現実です。

時間は半年あるけれども、痛みが非常に強くて在宅でコントロールができないという場合などは、痛みのコントロール目的でいったん入院、そして痛みのコントロールができたなら退院ということになります。

予後2~3カ月という状態になったときには比較的長い間いることができる場合もありますが、診療報酬の縛りという者があって、長期の入院は病院にとって赤字になるという事情もあります。

外来通院はどうかというと、最近では入院がなかなかできないので通院で治療を受ける方も増えています。もちろん抗がん剤やいろいろなことで外来通院をした方がいいという場合もあります。外来通院は1カ月ぐらいになってフ

レイルという状態になってくると、なかなか通院ができないわけです。そうすると、訪問診療という形になるかと思えます。

訪問診療と往診の違い

訪問診療は外来に定期的に通うことができない方に対して定期的に医師や看護師がご自宅に伺って診察することですが、何かあったときに来てほしいというのを往診といいます。往診をするに当たっては、ずっとかかりつけ医で診てもらっているということが条件になってきますので、まったく知らない方が往診をお願いしますと言われても無理なのです。

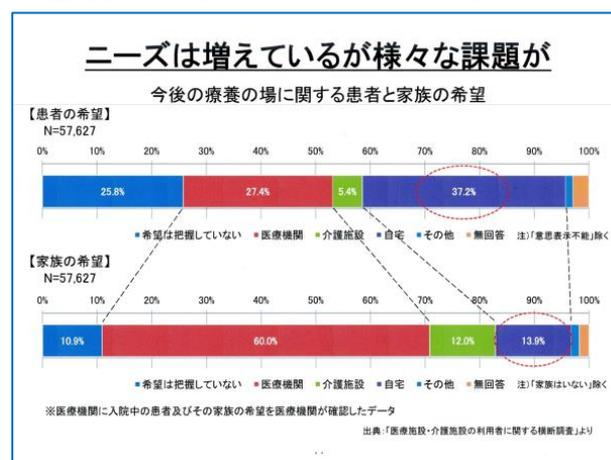
先日、某病院の医師から、ある患者を診てほしいと電話がありました。

患者さんは「腎瘻」といって、尿が出ないので尿を出すために腎臓に針を刺しているのですが、この管が抜けかけたから行って診てもらえないかということでした。

残念ながら、それまで診療したことのない患者を往診することはできないのでお断りしましたが、かかりつけ医で診させていただいているのであれば、そういったことも対応できたと思います。

訪問診療は、時期を問わずかかることができそうですが、患者さんが通院ができない状態ということが条件になってきます。そういう社会的な制限があることを覚えておいてください。

「在宅」への患者の思いと家族の思い



【図2】

ここ数年、ご自宅で亡くなる方の割合は2~3%です。ご家族の支援が得られない方は、最近注目されている介護サービス付高齢者住宅などの施設を利用されるようです。そういう状況を踏まえた上で、患者さんや家族は療養の

場として、本当に在宅を希望しているのか。患者さんの希望としては「自宅」が多いのですが、ご家族は、そのまま病院に入院しておいてほしいという思いを持っていることが、前頁【図2】からわかると思います。

在宅療養ができない理由

- 介護してくれるご家族や介護者が不在
- 退院後に自分がフレイルな状況に陥ってしまったなど。

在宅療養ができた理由

- 在宅療養サービスが確保されている
- 家族のサポートもある。

療養場所を考える

	一般病棟	緩和ケア病棟	在宅
がん治療	継続することがある	積極的治療はしない	本人の意思による
治療の内容	患部の対症療法	全人的な緩和治療 ケア主体	訪問医療・看護 自助努力
対象	患者	患者と家族	患者と家族
治療にかかわる スタッフ	医師看護師薬剤師の 医療関係者	患者・家族・MSW・ リハビリ・メンタル ケア・介護を含む医 療関係者およびボラ ンティア	患者・家族 訪問医師・看護師 ・介護スタッフ

一般病棟では、がん治療を継続することはできます。病院は治療をするところなので、治療をしなければ入院することはできません。

心不全や、がんではない疾患は、今はおよそ2週間です。次にはリハビリ病院などに移っていきます。がんの場合は一般病棟で診てもらった後に在宅に回るというケースが多いようです。

緩和ケア病棟の場合は、がんの積極的治療は一切しないことが条件になります。その代わり、全人的なケアを主に看護師が一生懸命やってくれます。療養場所によってサポートする内容が変わってくることを覚えておいて下さい。

「安心」をささえる在宅支援を

緩和ケア病棟は、基本的に病気を治すというよりは、痛みや苦しみの症状を緩和して、日常生活が安心して笑顔で過ごせるように支援していく場所です。患者さんはもちろんですが、ご家族のメンタルな面もサポートするという特徴があります。

私は、長年の緩和ケア病棟での経験を踏まえて、在宅に



においても患者さんと患者さんを困む家族の方をメンタル面もフォローしていきたいと考えています。

また、在宅支援クリニックとして在宅訪問診療を基本としつつ、がん診療の外来やがんの相談支援にも取り組む準備を進めています。在宅支援は医師だけではなく様々な職種が関わることによって成立するものです。訪問看護ステーションとの連携は特に重要であり、連携の質を高めるために、訪問看護師さんに集まってもらって定期的に勉強会も実施しています。



「がん哲学外来」は今や有名ですが、以前から取り組んでいることの一つです。月の第1木曜日は、メディカルカフェと称して、をやるということで、患者さん、あるいは一般市民の方と茶話会をひらくことも考えています。が入って、1時間ぐらい、お茶を飲みながらこういった話をするというのをやろうかと考えています。

在宅療養をささえる人たちは誰もが、様々な創意工夫をしながら、患者さんやご家族に喜んでもらえる、安心してもらえる在宅支援を進めていきたいと考えていると思います。私もその一人です。

患者さん、家族、猫も診るという在宅医でありたいと自身は考えています。

「あんしんの在宅医療を地域連携でささげる」

在宅で療養したい、最期の時を迎えたいと考える人は多いが、まだまだ不安も伴う。「あんしん」の在宅医療のために、多職種の連携強化が求められる

病いを得て一定の治療を終えたあと、住み慣れた家で自分らしく療養の時を過ごすことは、誰しもの理想です。けれども、在宅で医療を受けることに、患者・家族には、まだまだ不安や戸惑いがあることも事実です。安心の在宅医療に向けて、がん診療連携拠点病院などの患者支援職や在宅医療関係者、がん患者・家族、がんのピアサポーターなどが一堂に会し、互いの立場で学び合い、共に考えます。

コーディネーター：地域緩和ケアネットワーク代表 下山理史さん (愛知県がんセンター中央病院 緩和ケア部 部長)

病気と向き合いながらも、自分らしい日々を住み慣れた自宅で過ごすことは誰しもの願いです。一方で、患者は自宅で過ごしたいという気持ちと、介護する家族の負担を考えると心苦しいといわれています。

医療・福祉の専門職だけでなく、患者・家族、一般市民も議論に参加してもらい、みんなで地域のがん医療、緩和ケアについて考えていく必要もあります。

患者さんやご家族の在宅での療養生活を支援するためには、心と身体の「緩和ケア」



が大切であり、地域医療の現場で、がん患者さんやご家族の在宅療養を支える医療チームのネットワークが、いま重要性を増しています。

こうした「地域緩和ケアネットワーク」を構築する取り組みを進める愛知県がんセンター中央病院の緩和ケア部 部長の下山理史さんをコーディネーターに、パネルディスカッションを展開しました。



かわな病院 医療福祉相談室
MSW 吉田芽衣子さん



●かわな病院プロフィール

医療ソーシャルワーカー(MSW)とは、

「保健医療機関において、**社会福祉の立場**から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う」専門職である。

〔厚労省『医療ソーシャルワーカー業務指針』より〕

名古屋市昭和区にある病床数 53 床(うち地域包括ケア病床 23 床)の中核病院で透析ベッド数 60 床を有している。

法人関連施設として、県内 7 ブロック 35 事業所により地域展開し、緩和ケアの体制も手厚い。

●かわな病院 緩和ケア 7つの取り組み



緩和ケア委員会・緩和ケアサポートチーム・八事緩和ケア連携会

緩和ケアサポート外来では、がん・非がんにかかわらず、医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーなど多職種が、十分な時間をとり、緩和ケアに関する様々な相談・治療・療養生活のサポートを行っている(毎週水曜日 13:30~15:30 担当医師:亀井(院長) ※完全予約制)。

緩和ケアサポートチームカンファレンスも実施され(緩和ケア委員会の主要なメンバーにより構成)週 1 回個別ケースについて検討。

また**訪問診療**も積極的に実施し、24 時間緊急対応可能な訪問看護ステーションと連携し、状態に応じた在宅療養生活をサポートしている。

地域包括ケア病床(入院期間:最大 60 日) を活用し、それぞれの状態・希望に応じた治療・サポートを行っていることも特徴だ。

〈緩和ケアにおける様々な入院目的〉

- 痛みのコントロール
- 症状緩和(腹水穿刺等)
- レスパイト(介護者の休息)
- 入院看取り

自宅での療養が難しい場合は、**アンジュかわな**(かわな病院併設サービス付き高齢者向け住宅)など、法人系列施設や医療提携施設での緩和ケア・看取りを支援している。

病院と同一建物による密接な医療連携が可能で、24 時間 365 日の生活支援や在宅介護、在宅医療、リハビリテーションを提供。がん末期だけでなく、透析、脳血管障害、難病など、医療必要度の高い患者に対応する体制が整っている。

●かわな病院 医療福祉相談室の役割医療福祉相談室では、**医療ソーシャルワーカー(MSW)**が、**地域医療連携・医療福祉相談**を行っている。地域の医療機関・事業所等の連携窓口として、転院・受診相談、サービス調整等を行う。

- ・緩和ケアサポート外来受診、入院、訪問診療利用相談
- ・自宅での療養が難しい場合：ホスピス・転院・施設入所相談
- ・自宅療養を希望される場合：訪問診療・訪問看護・その他
- ・必要なサービス利用の調整、退院前カンファレンスの開催等

●医療福祉相談

患者さん・家族が、安心して療養生活が送れるよう、相談・支援を行う。

- ・患者さん・家族の意思決定支援
(療養方法・療養場所等)
- ・在宅支援制度の案内
(介護保険・障害者福祉サービス等)
- ・経済的相談
(障害年金、高額療養費制度、生活保護申請等)
- ・その他療養中の心理的・社会的問題の相談支援

●地域包括ケア病床の役割

地域包括ケア病床では、急性期治療後の継続加療・在宅退院支援を行うほか、在宅・施設の療養患者の病状悪化時に対応し、安定した療養生活を支援する。

※平成 26 年度診療報酬改定にて新設

*在宅復帰率：70%以上

*入院期間：最大 60 日間

→地域の医療機関・施設等と連携し、地域における「あんしんの在宅医療」を支える。

当院地域包括ケア病床 活用事例 ①

70代 女性（肺がん・骨転移）

肺がんと診断され、放射線治療を行っていたが、腰痛・下肢脱力が増悪し、急性期病院へ入院。



当院地域包括ケア病床へ転院。

疼痛コントロール・リハビリ評価、退院前カンファレンス等にて在宅サービス調整行う。



自宅退院（訪問診療・訪問看護利用）

訪問入浴サービス、ベッド・車椅子レンタル



当院地域包括ケア病床 活用事例 ②

80代 男性（肺がん）

急性期病院にて肺がんの確定診断後、当院緩和ケアサポート外来通院開始。



外来通院開始時は歩いて通っていたが、徐々に病状が進行し、日常生活動作が低下。

訪問看護を開始し、経過観察。



家族が自宅で献身的に介護していたが、通院困難となり訪問診療開始。



家族の介護負担が積み重なり、介護者のレスパイト（休息）と、痛みのコントロール目的で、地域包括ケア病床へ入院。

その後、入院看取りとなる。



当院地域包括ケア病床 活用事例 ③

60代 男性（膵臓がん）

病状が悪化し、がんに対する積極的な治療の継続が困難となる。



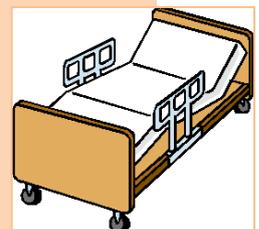
急性期病院での入院加療後、当院緩和ケアサポート外来受診。



受診 2 週間後に、呼吸困難となり、当院へ救急入院。



入院中、今後の方向性について、本人・家族と主治医・多職種で話し合い、サービス付き高齢者向け住宅へ入居となる。



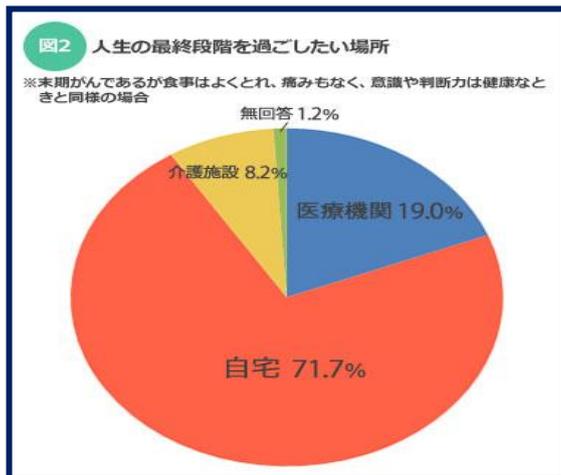
訪問看護ステーション ゆめの葉
代表 篠原宏翠さん



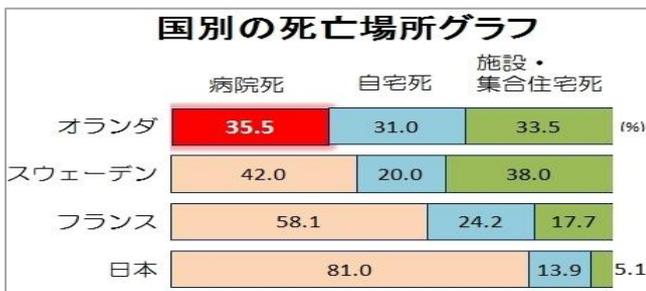
●法人プロフィール

- *平成 24 年 訪問看護ステーションゆめの葉 開業
- *看護師 7 名 理学療法士 1 名
言語聴覚士 2 名 事務職 3 名
- *0 歳から 100 歳までの利用者に対応
- *訪問地域:名古屋市中心部・北部・西部・東部
- *対象疾患:ガン・脳梗塞・心臓疾患・パーキンソン病
等特定疾患・障害児・人口呼吸器管理
- *本年8月 訪問看護ステーションゆめの葉・翠 開所

日本人の、現在の志望場所は、78.4%が病院であり、自宅で亡くなる人は1割強である。しかし、人生の最終段階を自宅で過ごしたいと考える人は、71.7%にのぼる。



出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2013年)より



欧州で病院死が少ないという事実は、それに見合う在宅サービスが行き渡っていることを表わしている。日本で掲げら

れた「地域包括ケアシステム」が先行している
わずかではあるが、在宅死が増えてきている

場所別にみた死亡者数割合の推移



ガンによる症状

- 痛み、倦怠感などのさまざまな症状
痛みは、ガン患者さんの70%にみられます。
- 極度の疲労感、咳、息切れ、呼吸困難、死前喘鳴、せん妄、発熱などがあります。また出血が起きることもあります。

その他に

- 落ち込み、悲しみなどの精神的な苦痛
- せまりくる「死」への恐怖
- 自分の「人生」に対する問い

I 緩和ケアとは

ガンによる心と身体の苦痛を和らげ、自分らしい生活を送れるようにするケア。

II 最期まで自分らしく暮すために

自分がどのように生き抜きたいのか、どう最期を迎えたいのか、死生観をしっかりと持つことが大切。そして、医師・訪問看護師・ケアマネジャー等、いざというときサポートしてもらえるように、周囲の人の縁をたくさん作っておくことが大事。

III 末期ガン患者さんが最期まで自宅で過ごせない理由

①家族に肉体的・精神的に負担をかけるのではないかと?

多くの末期ガン患者さんは、実は亡くなる数日

前まである程度ご自身のことができていた方が多いのです。

つまり、一般的には長い期間大変なケアが継続するということは 多くはありません。

②家族に経済的な負担をかけるのではないか

医療保険自己負担割合に応じます。

③患者に何か起こっても、すぐに対応して も られないのではないか？

終末期によくみられる症状としては、痛み、極度の疲労感、咳、息切れ、死前喘鳴、せん妄、発熱などがあります。また出血が起きることもあります。

在宅においては訪問看護師に 24 時間いつでも相談する事ができます。そして、必要があれば臨時訪問も行います。

④自宅では十分な医療を受けられないのではない か？

本格的な癌に対する治療とか検査は病院でしていただきます。

しかし、つらさを取るための症状緩和については病院と同じ医療が提供できます。

高カロリー輸液や経腸栄養をすることも可能です。

また、簡単な超音波検査や採血は在宅でも可能です。

⑤入院を希望してもすぐに対応してもらえないの ではないか？

前もって緩和病棟への予約。

～終わりに～

在宅とは、その人がその人らしく過ごせる事。

訪問看護師の役割は、その人と家族を結びつけ、心から支援していくこと。

やりがいを持って(ホスピタルティ)接すること。

症例 ①

氏 名：〇崎△子様 48 歳

病 名：乳癌末期 子宮転移 肺転移

家族構成：夫・長男（東京在住）・次男(看護学生)・長女(高校生) 5 人家族

病 状：名古屋市内の大病院にて左乳房摘出の手術を受け、3 年後子宮・肺への転移あり。抗癌剤投与、放射線治療を受け在宅へ復帰された。食事はほぼ摂取できず水分のみ可能。

処 置：右鎖骨下よりポート確保。フルリック 1 号 1000ml (40ml/h)
在宅酸素療法・バルン管理(16F)

症 状：呼吸困難・不正出血

対 応：痛みのコントロールはフェントステープ 1mg 使用
オキノーム 2.5ml 内服

経 過：退院より数日後に寝たり起きたりの生活。夫は仕事で早朝～深夜に帰宅。長男は東京で一人暮らし。次男は看護学校に通う学生、長女は高校生である為日中は独居。

1 日 2 回、訪問介護サービスが入り身の回りとの世話をしていた。次第に寝たきり状態となり、訪問看護サービスを 2 回/日利用。痛みのコントロール便秘の処置等行った。

いよいよの時、点滴・バルンを抜去、ご主人と入浴。

子供達が頭を洗い着替えをさせ、2 時間後に息を引き取られた。

理念

私達は、人と人との出逢い、関わりに感謝致します。

家族を含め、みなさんが心豊かに笑顔で安心して素敵な毎日が送れるようにお手伝いします。

人の痛みに寄り添って、命の尊さを大切に、心の通い合う日々を提供します。

ホスピス研究会 OKAZAKI
代表 金田亜可根さん



- ・在宅は決して末期医療ではない
- ・最後まで安心して家にいたい

●活動プロフィール

がん患者会「お話の会」
患者サロン「岡崎公園」
いのちと食とアートの学校（2014年～）

2000年 ホスピス研究会OKAZAKI
2008年 がん患者会「お話の会」
2008年 「医療（いのち）と美術」
※名古屋芸術大学にて授業を担当
2012年 がん患者サロン「岡崎公園」
2013年 いのちと食とアートの学校
2016年 おにぎりとおみそ汁の会「ぬくとば」

ホスピス研究会OKAZAKIテーマ

医療といのちと市民を結ぶこころみ
医療といのちが、もっと自由に、なりますように。

●患者サロン・患者会



- ・自分たちの言葉で知る医療
- ・私達の安心感とは何か

【冊子:がん末期の在宅医療を知りましょう】

●冊子を作成した背景

・病院での違和感は、家にいたら解決することばかり



●冊子の内容（アンケート）

在宅体験4名・在宅医療7施設を対象。

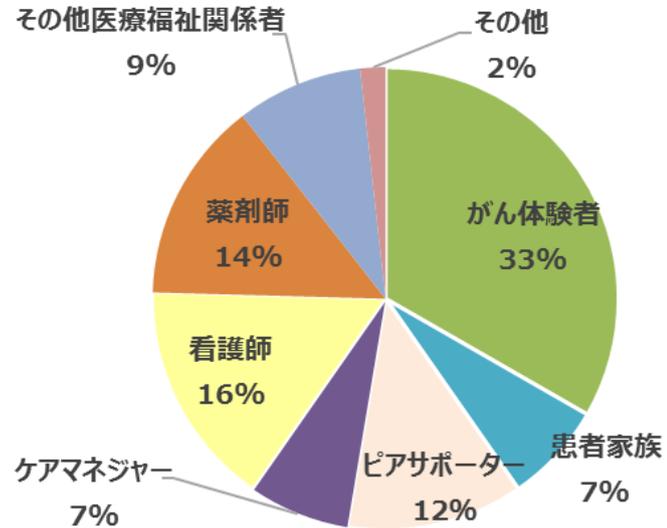
- ・在宅の選択理由
- ・在宅でいる時の不安
- ・良かったこと
- ・くじけそうになった時頼った人
- ・医療者に願ったこと
- ・家族に願ったこと
- ・友人周りの人に願ったこと
- ・医師からの看取りのアドバイスの可否
- ・次に看取る方へのメッセージ
- ・患者さんの思い
- ・在宅への過程
- ・推薦の本など
- ・痛みのコントロールはどこまで可能か
- ・在宅医師が行う医療行為
- ・家族ができる医療行為
- ・終末期の栄養点滴の考え方
- ・代替療法への対処
- ・告知されていない患者への対処
- ・独居の在宅は可能か
- ・在宅医療の限界は・家族に望むこと
- ・システム全般
- ・推薦の本など

アンケートの結果〈抜粋〉

参加者：71名 回答者：57名（回収率 80.3%）

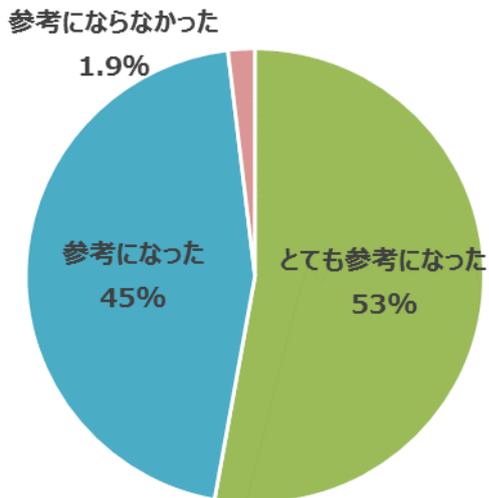
問1 あなたの職種・立場は？

職種・立場	人数
がん体験者	19
患者家族	4
ピアサポーター	7
ケアマネジャー	4
看護師	9
薬剤師	8
その他医療福祉関係者	5
その他	1
総計	57



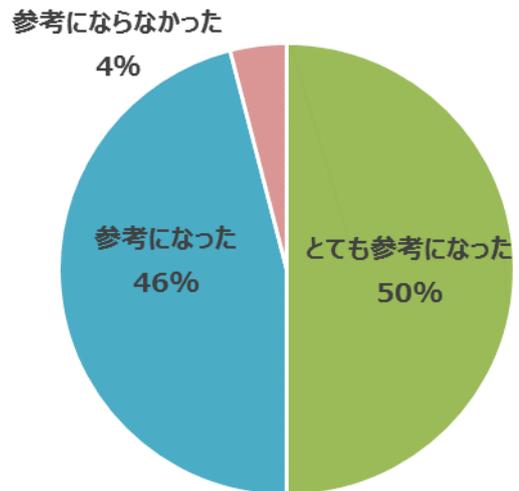
問2 本日のフォーラムの内容はいかがでしたか。

●基調講演



参加者の98%が、フォーラムの内容に支持を示した。参考にならなかったと回答したのは、市民の立場の参加者はゼロであった。

●パネルディスカッション



パネルディスカッションにおいても、96%という高い支持が寄せられた。

問3 ご意見・ご感想 <基調講演>

医療・福祉関係者

- 日々、仕事として行っていることを振り返ることができ、明日からも頑張ってお仕事をしていこうと思いました。
- 精神科の患者さんが、がんや身体疾患を併発するので勉強にきました。大変勉強になりました。ありがとうございました。
- 素晴らしい先生のお考え等知ることができ、今後の連携に勉強させていただきました。
- 実経験が少ないため、緩和ケアについての知識を拡充させたい。



一般参加者

- 3年前に利用した在宅医療に比して、かなり幅広い範囲での対応がされていると感じた。
- 時間軸-改めて再認識できた。
- その時を自分らしく過ごすために、自分はどうに生ききたいかを考えまとめ、家族に伝えていきたいと思った。
- 緩和ケア病棟の雰囲気が少しわかりました。緩和ケア病棟は1度入ると亡くなるまで出ないものだと思っていた。
- 在宅医療がどんどん進化していくことで、家族と寄り添う時間が多くなる。それにより家族がまた一緒に頑張ろうと思うことができる。
- 少しずつ前に進むために参考になりました。
- ①「訪問医療」と②「在宅医療」との明確な違いが理解できた。①は親の時に世話になりましたが、最期が休診日のため、死亡診断は別の医療機関でした。②が地域にできることを望みたい。
- 訪問診療と往診の違いをよくわかっていなかったので理解できた。
- とても勉強になった。訪問看護の話が聞けてよかった。

問4 ご意見・ご感想 <パネルディスカッション>

- 在宅医療を支える立場として心づもりが出来たように思います。ありがとうございました。
- 一般も対象にした内容なので、ご家族の気持ち等も学べることができた。
- 医療者は医療者の考え、患者には患者の考えがある、それぞれに勉強したり、集いに参加はしているが一方通行のことは多いと感じました。お互いに考えられるこういう場は大切だと思いました。私自身がん患者とは考えておらず、人としてみるのでそういう視点で物事は考えないのですが、がん患者さんはそういうふうにみられたくない気持ちの中で、でも分かち合うためにそういう場に参加する。それが意識してしまう要因でもあり、でも必要なことで…とても心のケアは難しいなと感じました。自分自身を振り返るいい機会になりました。ありがとうございます。
- 金田さんの「見える医療者」のお話は非常にわかりやすく、考えさせられました。患者さん・ご家族の想い、見える世界をしっかりと把握していくことの大切さがよくわかりました。
- 精神、独居、老々などケースについての問題提起がよかったです。今後、どう対応していくか改めて検討が必要だと感じました。
- がん患者は医療保険しか使用できないと言われましたが、がん末期の方は介護保険が申請できます。40歳以上65歳未満が対象となります。もう少し詳しく介護保険の仕組みを説明されていたかと思いました。
- ケアマネジャーに相談するとよいことがわかった。独り暮らしでも上手に利用しながらやっていけることがわかった。今日のおみえにあった方たちのような出会いがあればいいと思いました。
- 特に訪問看護師さんの話で痛みのコントロールはできるとの言葉が嬉しかったです。わかりやすかったです。訪問看護師さんの仕事があるとわかってよかったです。生きること、看取ること、死ぬこと…よかったです。
- 迷ったら一度やってみる。熱い人はたくさんいるというのが頼もしかった。
- 連携の流れの説明があるとベスト。
- 独居の人にも希望が持てました。
- 実際の話が聞けてよかった。メールで思いを聞ける、吐ける時代になったことは心強い。