

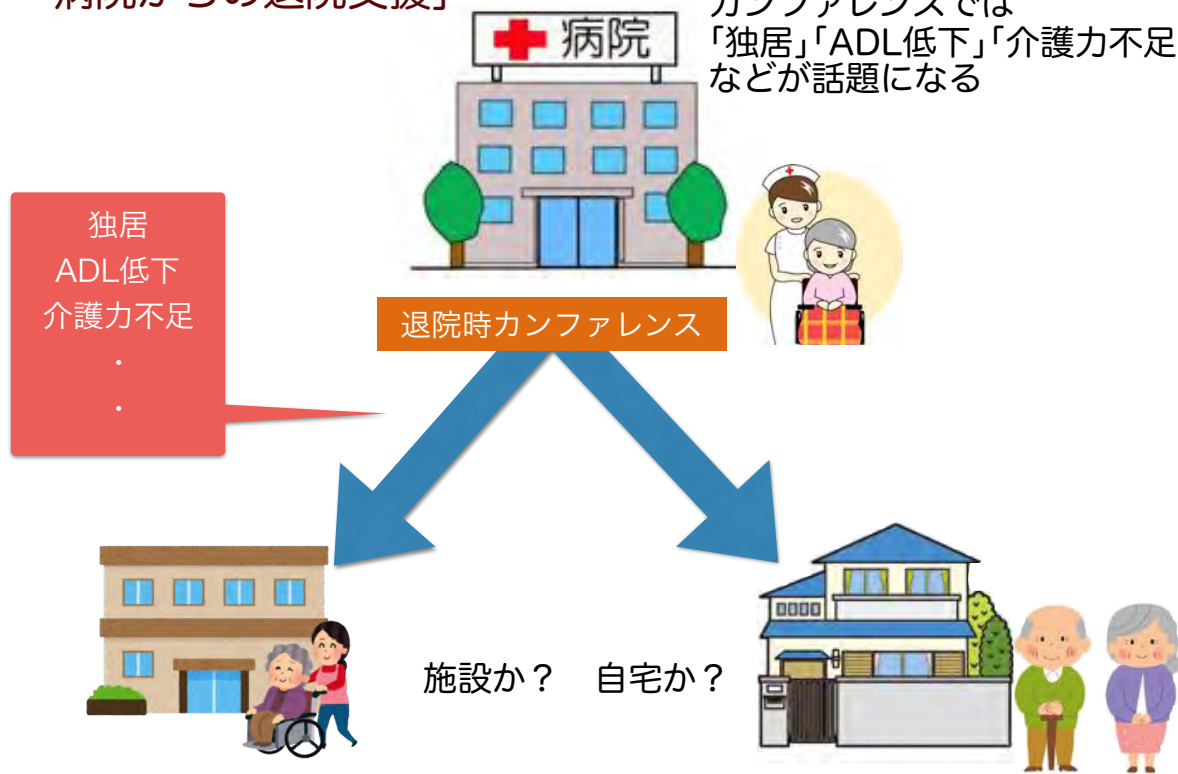
# 病院と在宅の連携(これまで)

5

## ★これまでの連携

「病院からの退院支援」

入院時から話が始まる「退院支援」  
“病人”として自宅に戻れるか？  
カンファレンスでは  
「独居」「ADL低下」「介護力不足」  
などが話題になる



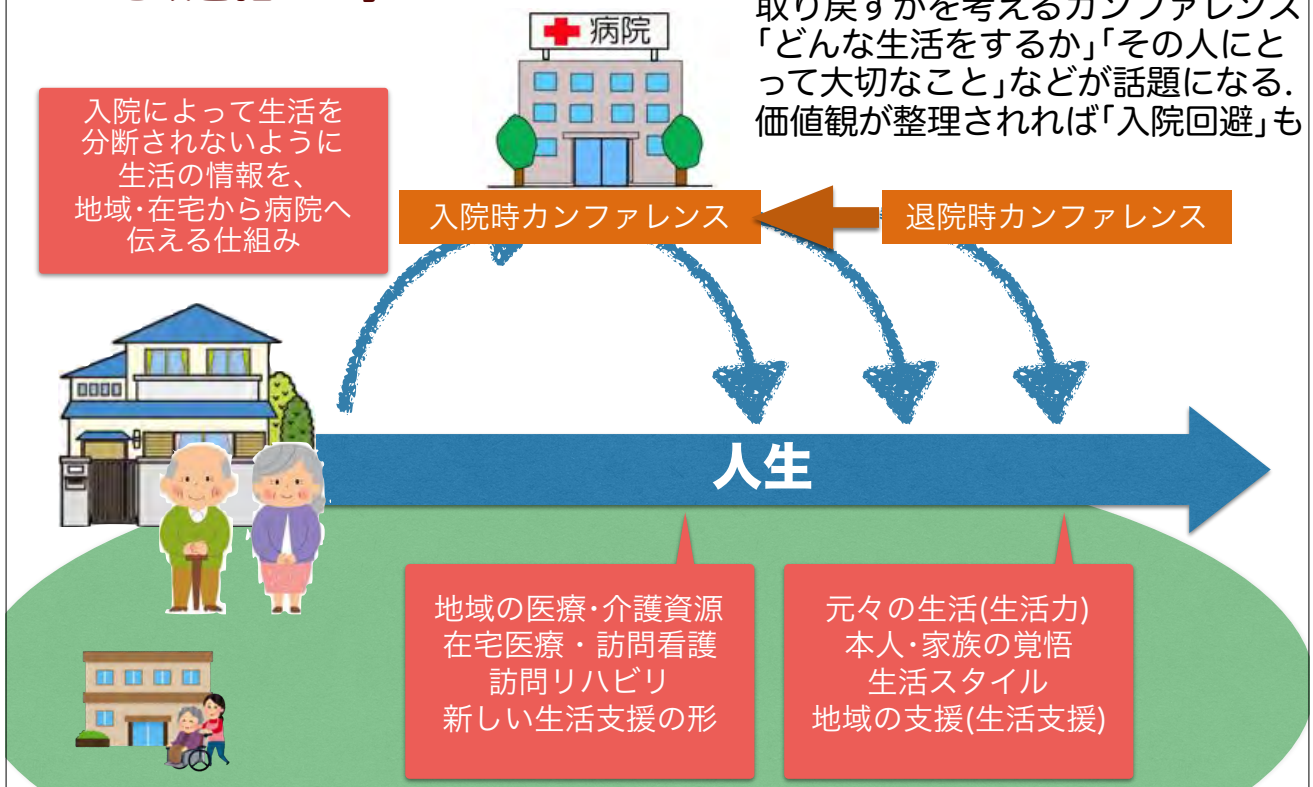
# 病院と在宅の連携(これから)

6

## ★これからの連携

「地域包括ケア」

入院は人生の寄り道であり  
あたりまえに家に帰る、が前提  
病気を持ったが“生活者”として  
どのように自宅・地域生活を  
取り戻すかを考えるカンファレンス  
「どんな生活をするか」「その人にと  
って大切なこと」などが話題になる。  
価値観が整理されれば「入院回避」も



# 在宅におけるACP(病院での意思決定は覆る)

7

在宅で行われるエンドオブライフケア相談  
・日々相談、亡くなるまで相談し続ける

↓人生の最終段階における医療体制整備事業より

期間中に初診のあった患者 20名

	患者数	患者数		診療回数		人生の最終段階に関する相談	診療にて人生の最終段階に関する相談が行われた割合	
		転院・退院数	在宅死率	平均	平均			
がん	9	最期は自宅以外を希望	4	100%	2回～11回	6.3回	3.5回	55.5%
		最期まで自宅希望	5	100%	2回～12回	8.6回	5.0回	58.1%
非がん	11	退院中に看取り	2	100%	3回～4回	3.5回	2.5回	71.4%
		診療継続	9	—	4回～7回	5.7回	3.2回	56.1%
全体	20	—	—	—	6.3回	3.7回	57.9%	

- 診察2回に1回以上は、人生の最終段階に関する相談を行っており、
- (さらに診察3回に1回以上は※特に踏み込んだ相談を行っていた)

- がん患者は、診察の多くをこれまでの人生や、今後のことについて話し合う時間を多く取っていた。特に診察を開始して数回はそのような話し合いに多くの時間を割いていた。

- 非がん患者では、診察時においてこれまで歩んできた人生や考え方、死生観について話し合うことが多くみられた。

## point①

退院時は病院死を望んでいた患者も  
自宅での相談を日々継続したことで  
在宅死を再選択し、それを叶えた

## point②

在宅診療では定期診察時にも  
最期の場の選択や、終末期の治療方針  
などの相談が頻回に行われていた

退院時は

「最期は病院で」「歩けなくなったら入院」  
「緊急時は救急車」という方針だった患者が4名  
いたが、在宅診療のなかで相談を重ね、  
最終的には全員が在宅看取りとなった

在宅で相談を重ねられる仕組みが必要  
病院でのACPを引き継ぎつつ、踏み込んだ相談  
を重ねられる人材（MSW）が必要

「病院にいる時、人は決める力を失っている」  
(宇都宮宏子氏)

# 在宅医療現場の実感として

8

「どんな医療を受けてどこでどう過ごしたいか」を決めている方は  
そうでない方と比べて  
不本意な入院や、急な方針転換が少なく、診療回数や緊急往診が少なく、  
病状面でも安定して最期を過ごされるという印象がある。

病院で医療を最期まで存分に受けながら亡くなるのと  
自宅で医療を最小限に生活を営みながら亡くなるのとでは  
後者の方が苦痛が少ない

