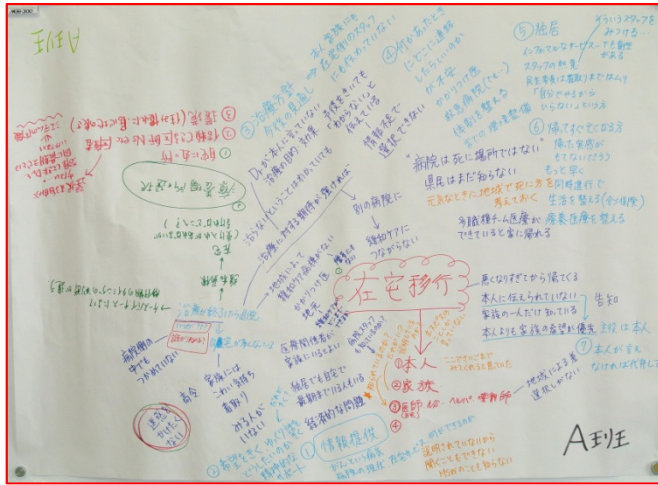
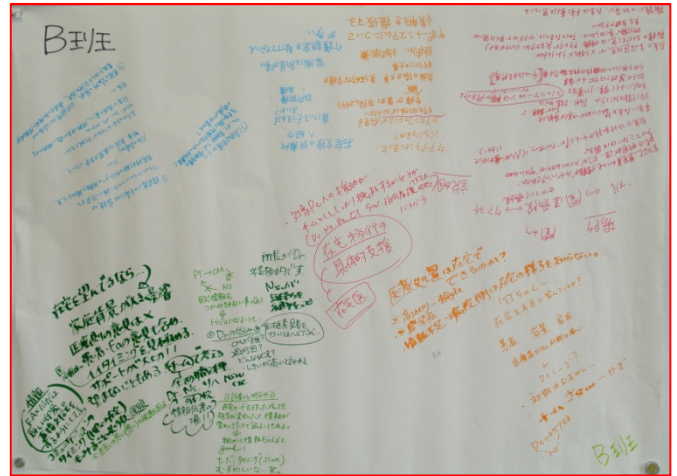


各班の模造紙一覧

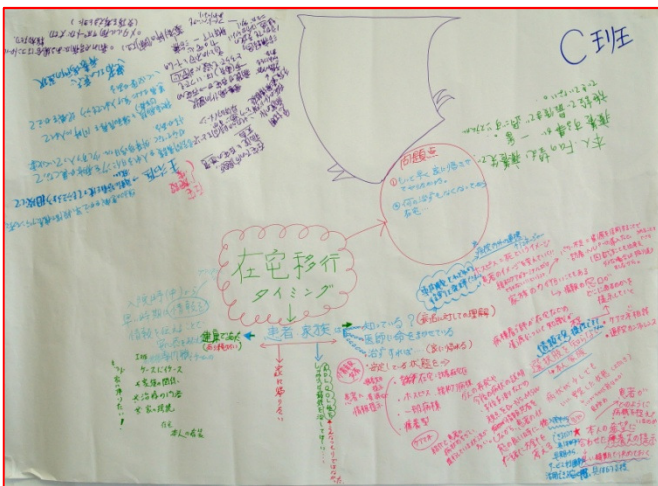
A班



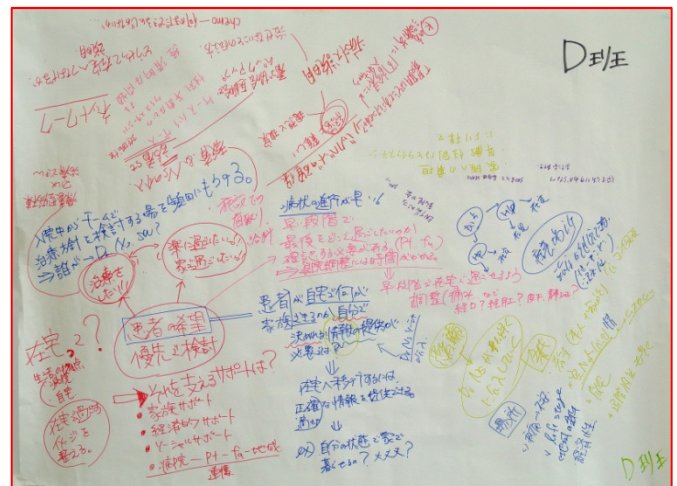
B班



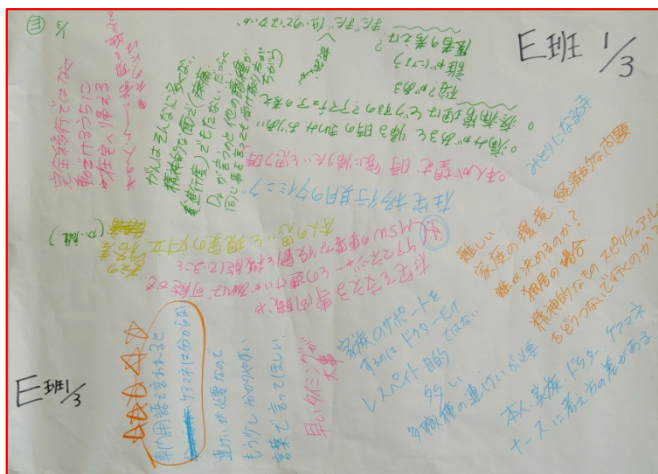
C班



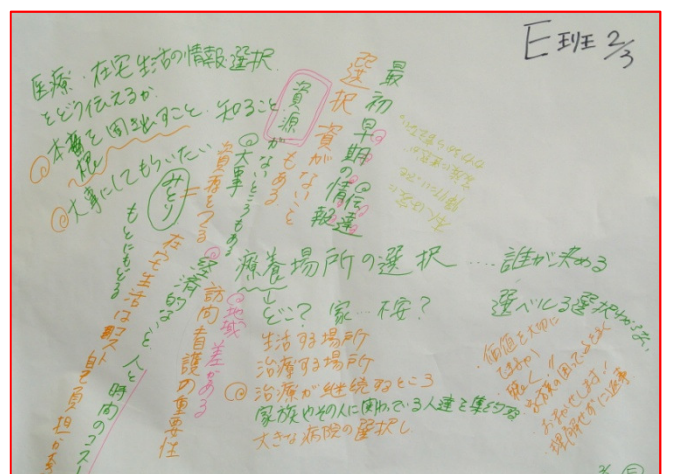
D班



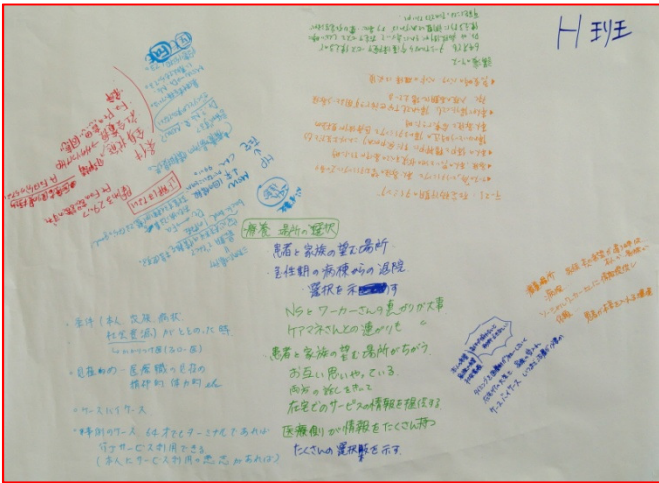
E班



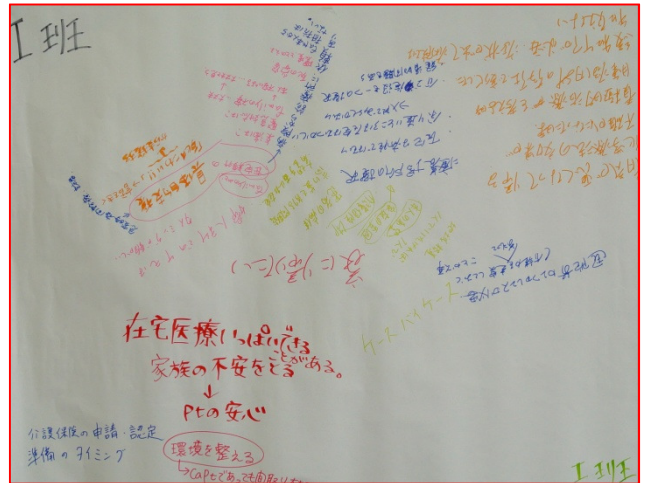
E班



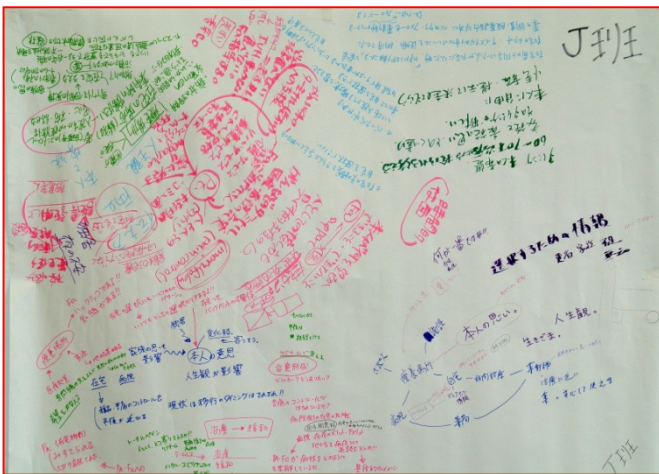
H 班



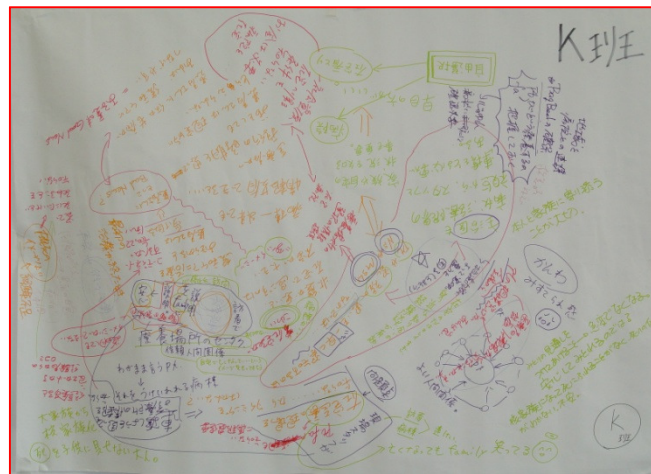
I 班



J 班



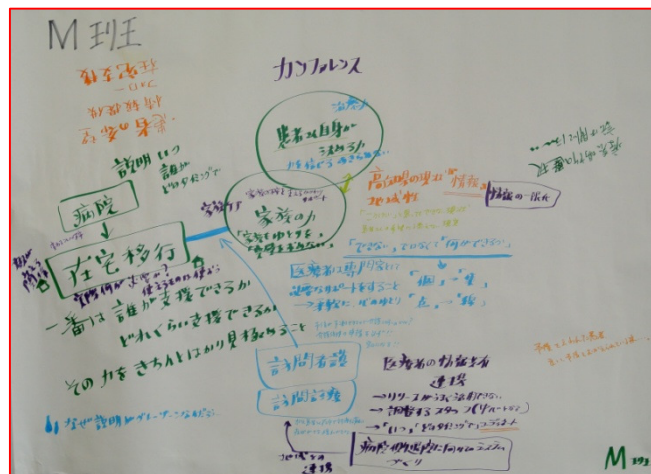
K 班



L 班



M 班



在宅移行期の
タイミング

医師の判断

療養場所の
選択

自宅でも
家の中のどこに

在宅移行の
具体的支援

選択

(B-1) 班

① 患者・家族が望むタイミングがベスト!

※ それには、医療チーム ← 連携 → 在宅チーム の連携が大切

医療サービス・介護サービス コミュニケーションを図る

必ずしも、「在宅」が「家で」
あるとは限らない!

② 在宅 (サービス・backup体制が整っていることが条件)

③ 病院 (ホスピス・療養型)

④ 施設 (老健・特養・サ高住)

導入前訪問・外出・試験外泊の評価

・往診

・訪問看護・リハ・歯科・栄養・薬剤師・介護

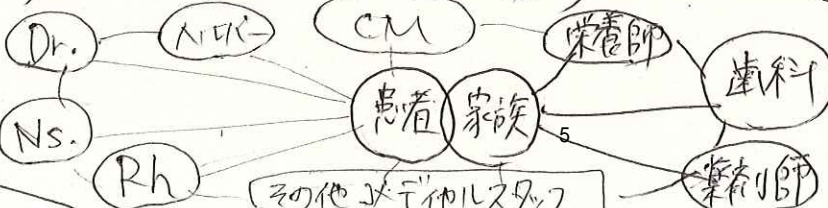
・家族 (ネーイヌなどペットも含む)

・back bed 体制 (いつでも戻れる安心材料)

・社会支援 (近所の人、民生委員)

mental
フォロー

在宅カンファレンス (一番は在宅の場)



患者

家族の

QOLの向上につなげる

(B-2) 班

患者

患者 Fa
(双方向) 連携

在宅移行期のタイミング

Fa の 望むタイミング

医療チーム - 在宅チーム 連携が 整った時

医療サービス (介護) 連携 介護

療養場所の選択

在宅 (サテライト施設)

HP (在宅医療)

施設 (老老)

患者 家族

在宅移行の具体的支援

Fa に 情報を 渡す (共有)

相談

相談 介護 介護

24h

薬剤

介護

ヘルパー

CO

back bed

TPP

事前訪問 外子 外子

初 1 回

在宅チーム (共通認識)

支援

患者 Fa の 連携

(C) 班

在宅移行期のタイミング

本人の意思、患者が自身選択できる時。
 なるべく早い時期からのタイミング。
 家族と本人の希望、希望への見出しに合わせ、
 その心とサポートをしていくことが必要。
 タイミング → 本人の希望 → 変化に対応し選択を促す。本人の意思。

療養場所の選択

新編

本人にしたい

・ 自宅に近い、家族との近く、自分の思いを伝えられる場所。本人希望。

・ 家族と本人の意思を合わせるときは、情報提供の重要性。
 在宅 → ~~在宅~~ 自宅以外では、施設もありうまく利用。
~~在宅~~ からの選択技もある。(ショートステイ、テイクアウェイ)

在宅移行の具体的支援

・ 介護保険、地域でも見守りサービスを行う。ケアチーム

・ インターネットの利用。

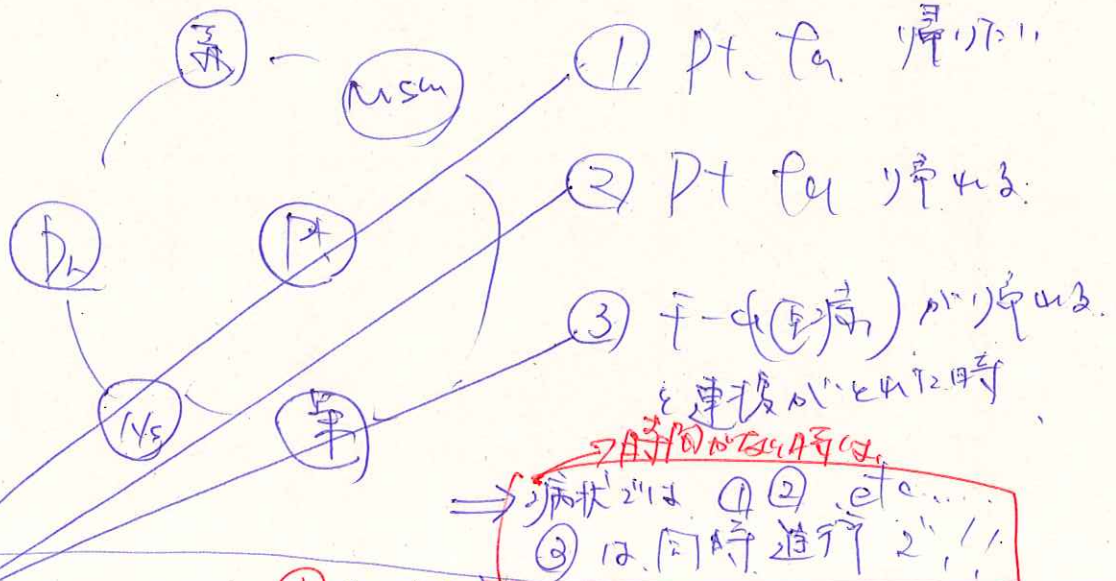
・ 土日、気候の変化などあるときに相談できる場所
 場所必要
 気候に対応する
 必要

・ 高知新聞でカンパニー支援などの特集を
 してもらう。

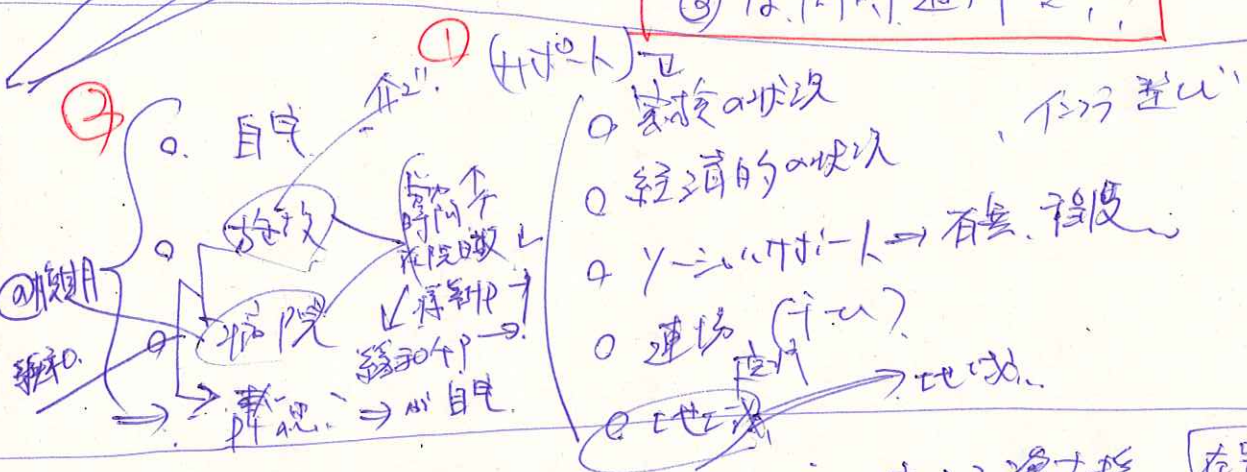
・ 他職種との連携 → 安心感と与える
 種

(D) 班

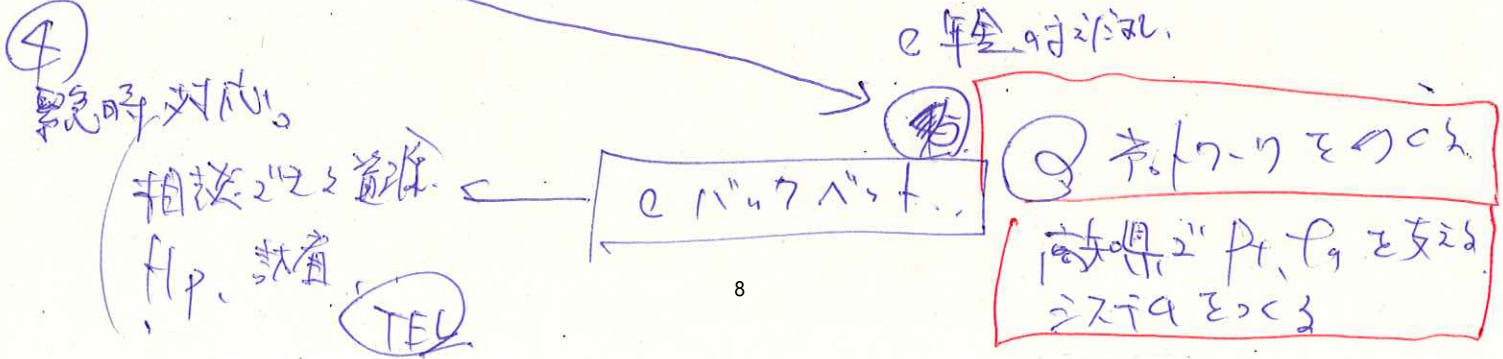
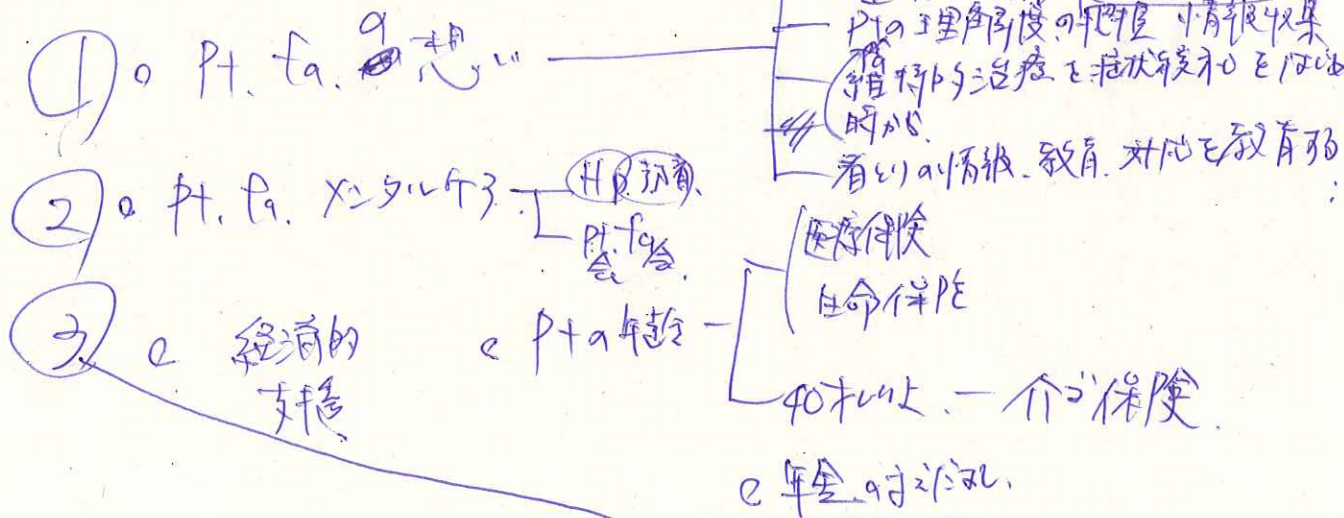
在宅移行期のタイミング



療養場所の選択



在宅移行の具体的支援



【まとめ用】 「がん医療における在宅移行期の課題」

(乙) 班

在宅移行期のタイミング

- ・ 本人が望む時.
- ・ 受け皿. 体制作りが出来ていないといけない. (前提)
(MSW. アマネ が受け皿作りを行う)
- ・ 独居や 家庭内環境が 大きく ~~作用~~ _{左右} する.
- ・ 終末イキージを早期に伝え. 本人に判断してもらう.
いっとも 最後の場所 は変更できる

療養場所の選択

- ・ 資源が少ない
- ・ 本人らしく 最後を迎える (自宅)
- ・ 本人は 家に帰りたい. ~~でも~~ 家族に 迷惑がかかる.
地域間の格差あり

在宅移行の具体的支援

- ・ 医療側の保障
バックアップの存在.
- ・ 介護の認定を ~~後~~ 早期にする.
- ・ 在宅支援診療所の役割.
スムーズな情報提供. サマリー-医療情報提供書
- ・ チームづくり. 情報共有.

(F) 班

在宅移行期のタイミング

- Pt.の「帰りたい意思」が大切。FとPt.の意思が合致した時。
 - 県民性として受け身の姿勢もあり、難しい。
 - 希望捨てておかない人 家族の不安が大きい → バックグラウンドを整えることが大切。
 - その人らしさを取り戻すことが「支援の一步」
- ☆ Pt.とFの意思によって、環境を整えることができたとき

療養場所の選択

- Pt.の「住みなれた場所」が「家施設HPナド」である。
 - ↳ 支えあって作っていることが大切。
 - 施設の「看取り」に対する意欲によって「看」左右される (病気(がんだから...)と断れる)

在宅移行の具体的支援

- 在宅のコーディネートできる部署
- 緩和ケア、在宅に関する教育
- 「バックバット」確保に対する支援
- 治癒目的の治療が「緩和終了」のときに介入できるように、診断時に「ケア」をとる
- 訪問看護の充実をはかる
- 施設での看取り推進 (ヘルパーや介護士の給料↑)
- 移行期の空白の時間をへらすことが大切 (ENT前カンファなど)

(4) 班

在宅移行期のタイミング

治療 → 緩和 への タイミング

本人の意思 の 尊重

患者・家族： 支援者 (医療・介護) 間で
情報共有 できたとき

療養場所の選択

在宅のシステムを知りたい (在宅 = 施設)

看取りの文化の再生

↑
医療の垣根

自宅・病院・施設 11月以降の本人にとって best のとき
何か一番とらえてほしい

在宅移行の具体的支援

開業医・訪問事業所・薬局 ... ネットワーク

④ じきいく ネット

ウラマツ

高知家

古民家改修型 有料老人ホーム

多職種 協働 ... 顔のみなさん関係
情報共有

ナワバリ意識の打破

【まとめ用】 「がん医療における在宅移行期の課題」

(廿) 班

在宅移行期のタイミング

在宅に関する情報不足 → 本人・家族に 誰が いつ 情報提供するのか。
外来患者も入院患者も。 → 院内のルール、システム
本人が SOS 発信することも大切。 → 必要。

在宅死のタイミングで、在宅看取りにどう対応していくか。 → 国民の意識変化も必要。

在宅のケア「経費」も「労力」もかかる。 → 医療のケア「奇価」と「家族も楽」
→ 制度改正必要

在宅で受けとめる医療サービスの調整困難。 → 在宅医療サービス調整の
円滑にできるシステム必要。

療養場所の選択

病院から地域への情報提供が不十分。 → 病院の意識変化も必要。

在宅移行の具体的支援

(1) 班

在宅移行期のタイミング

- (1) がん化学療法、外科治療のタイミング
- (2) 病院での治療の終了のタイミング、患者(家族)の在宅希望のタイミング

療養場所の選択

- (1) 病院
- (2) 緩和ケア病棟
- (3) 介護施設 (医療の制限がある場合)
- (4) 自宅

本人(家族)の希望で決まる

在宅移行の具体的支援

在宅医療で可能なことと出来ないこと

- (1) 鎮痛
- (2) 褥瘡ケア
- (3) (点滴)
- (4) (検査)
- (5) (19歳未満は原則不可)
- (6) 緊急時対応体制

在宅移行期のタイミング

- ・病院での治療、外来での治療、在宅生活しながらの治療 → どこにウエイトを置いているか? 時期 ~~不明~~
- ・選択肢を与える。

・何を大切にしているか。

・Ptがタイミングを考えてもらえるように。

Ptが言える ~~環境~~ 環境をつくること大切。
遠慮がある

決めることは難しい。
本人の意思が大切!
希望

療養場所の選択

・大切なのはPtの思い

↳ 選択できる状況をつくる。

↑
影響要因を考慮して!!

→ メリット・デメリットを説明

バックアップ体制があるかどうかも重要

★ epm (関係性) 不安を感じる

在宅移行の具体的支援

・ ケアチーム で支える。

↳ 関係性が大切 (コ-ア-ネットワーク)

トータルケア

↳ 役割分担
→ 役割のコントロール

・ 家族を支える (ファミリー-エス-エス)

↑
1) ファ-エス-エス (サポート)

↑
2) 支える
排除しない

★ カ-ア-チームの役割
合意形成する。

↳ ネットワークを家族から

形成していく

(K.) 班

在宅移行期のタイミング

PC也 faの思... 把握し難い。(D. No. MSW...)
情報共有の上で、サインを捉える。
・苦痛の「変化」 PCにとり Good News.
苦痛の「変化」治療、アクセス等 = 32.
在宅医療の現場と医療者の「~~差~~」
正確な情報提供も重要。

療養場所の選択

現場スタッフの療養現場の状況と把握を促すこと。
PC, fa, の 3人の役割分担。死 = 34... 価値観の違い。
在宅死... 20王子... 経験者からの口コミ。
こういうふうに死んでいくか知らず... 家族に成る医療者に。
在宅での看取り 緩和意図での看取り。情報の提供を促す。
PC, faの意向を促して 望み取。2王子より可。

在宅移行の具体的支援

PC也 faの 思... 情報共有あり。
情報提供 ... 在宅医療について。
療養環境の説明。
PC也 faの 思... 促すこと。再確認。
方針の変更による安心。療養場所の確保を促す。

在宅支援のチーム作り。
在宅~~支援~~に促すこと。P.E. シンパル化。(卓高と...)

在宅移行期のタイミング

チームづくり ... 医療チームをつくるだけでなく、^{がん医療が} _{で生活しては行かない}

交流会 (病院側と在宅チームの)

がんパス

ネットを使っての情報共有

顔が見えることは大事

顔を見て、言葉をい

どういふ人かを知れることが大事

交流会をするにしても課題が解決できなければいけないのよ。

療養場所の選択

在宅移行の具体的支援

【まとめ用】 「がん医療における在宅移行期の課題」

在宅移行期のタイミング

- 「終末期は在宅か」という意識を患者、家族、医療者 (M) 班
「M」
- 患者の希望を聞くこと、サポート力 (家族、行政) 下 にはいること
- 治療期 (初期) から 在宅移行 について 視野に入れ 方針を統一 していく。
 ↓
 独居の患者は難しい。
- 予後の見通しを 患者本人に 伝えることは 必要、 (もし 人と人と 受け止める 方が 苦 之方が 異なること)
- 「キーン」を 避ける。 現実的に かがわねること 実現する。

療養場所の選択

- 一番は 本人の 希望する場所
- それに向けて 医療者は 専任化 していく 必要 かつ サポート する
- 「在宅」「施設」を 決定 (固定) せず 状況に 合わせて 柔軟に 対応 する。

在宅移行の具体的支援

- 地域 (地域、患者、家族も含めて)
- カンパレンスを 実施
- 情報共有、連携 のため に コーディネーター 役割が 必要