肝疾患患者の在宅医療における現状と課題

～地域スタッフから拠点病院への要望～

医療法人ロコメディカル江口病院
地域医療連携室
MSW　倉田順子

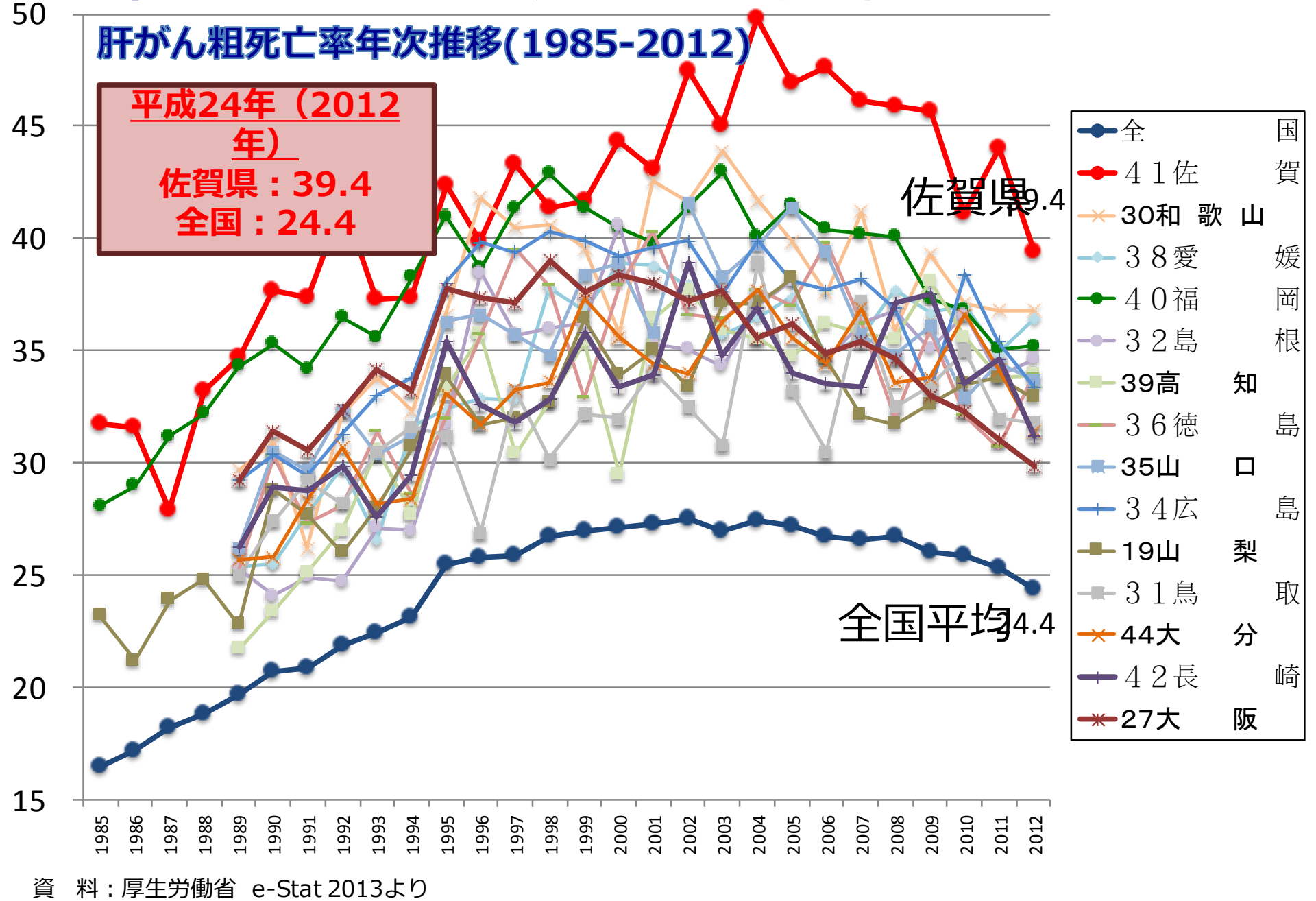
平成26年12月5日研修会資料

医療法人ロコメディカル江口病院

本日の内容

- **はじめに**
  - あなたが関わった患者さんどうしていますか？
  - 「私たちのバッドプラクティス」
  - 「私たちのグッドプラクティス」
  - 「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」
  - 私たちからのメッセージ

佐賀県は肝がん粗死亡率14年連続ワースト1位

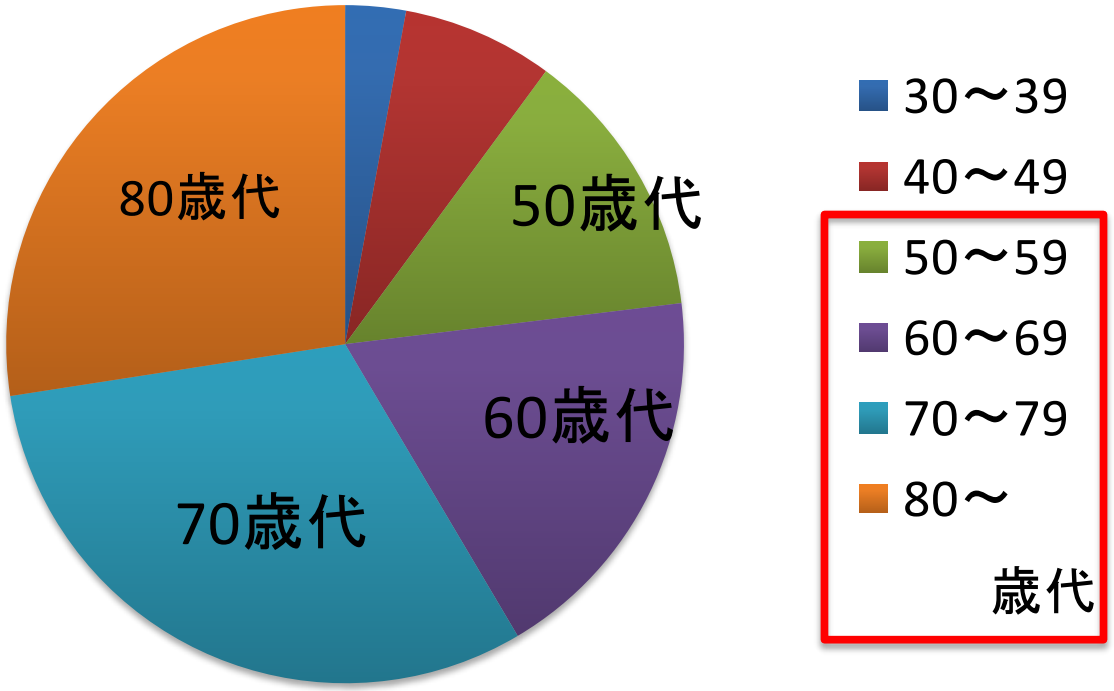


資　料：厚生労働省　e-Stat 2013より

高齢化が進む佐賀県のHCVキャリア

キャリア数（推定）

年齢階級	2010(男女計)
30～39	455 人
40～49	1136 人
50～59	2042 人
60～69	2902 人
70～79	4892 人
80～	4323 人
総数	15750 人

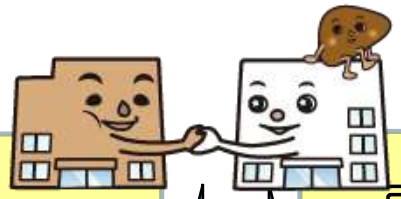


佐賀県の肝がんの原因の大部分を占めるC型肝炎からの発がんは
60歳～80歳　→　**つまり、がんが出やすい状況にあります**
しかし、現状は「もう歳だから治らない」と諦めている人も多い。

出典：佐賀県肝疾患対策委員会　資料

佐賀県肝疾患診療ネットワーク

特任肝炎コーディネーター



協力医療機関
(1,2医療機関)

連携

専門医療機関
(3次医療機関)
(NHO佐賀病院、好生館、社会保険佐賀病院、唐津赤十字病院、済生会唐津病院、有田共立病院)

連携

肝疾患診療
連携拠点病院
佐賀大学医学部附属病院
肝臓相談センター

肝炎治療費助成
精密検査

情報収集分析・
提供・研修

各肝炎ウイルス検査

県民

地域肝炎コーディネーター

統括肝炎コーディネーター

職域・
検診機関

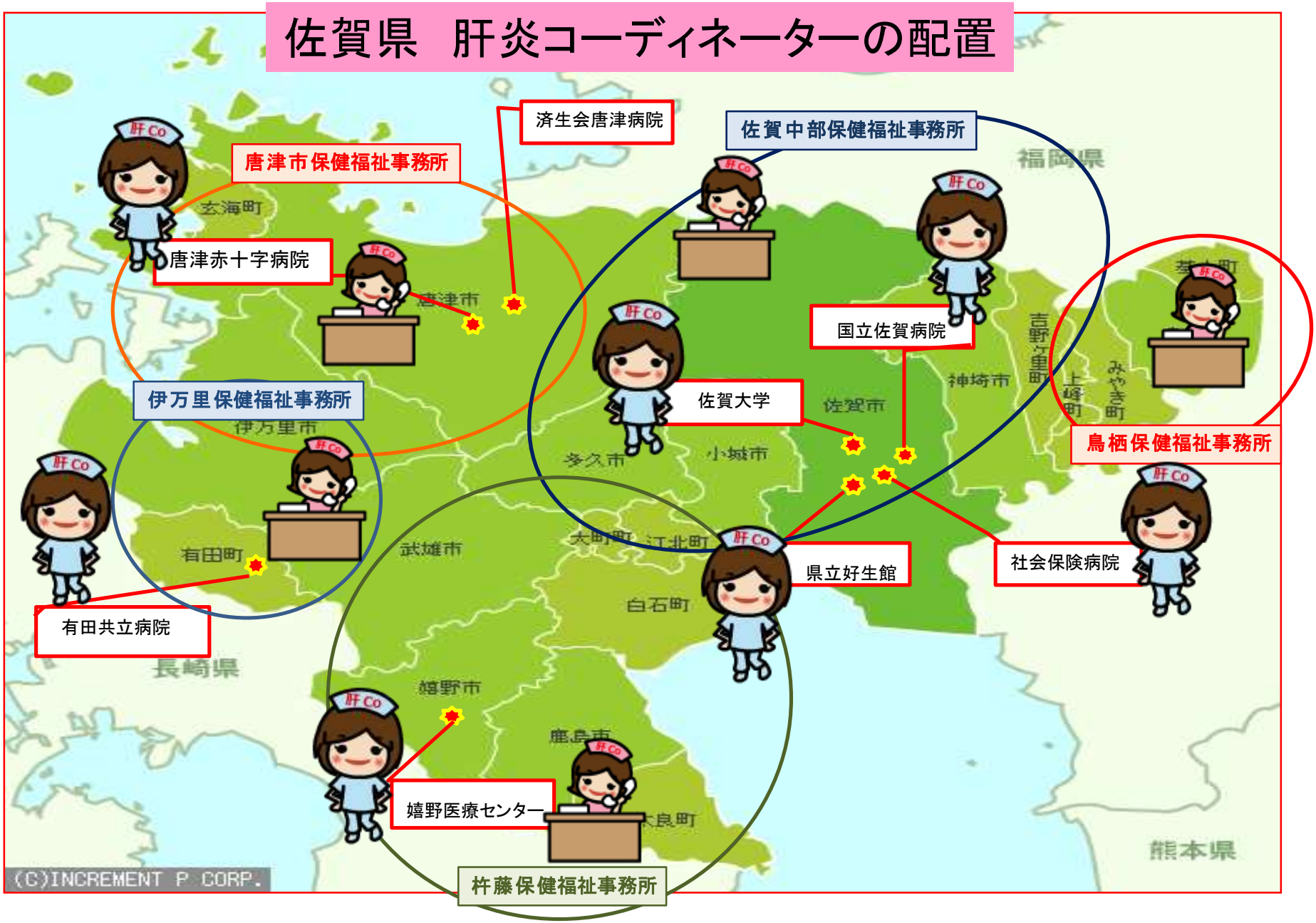
連携

行　政

未検査者・精密検査・治療への勧奨、普及啓発

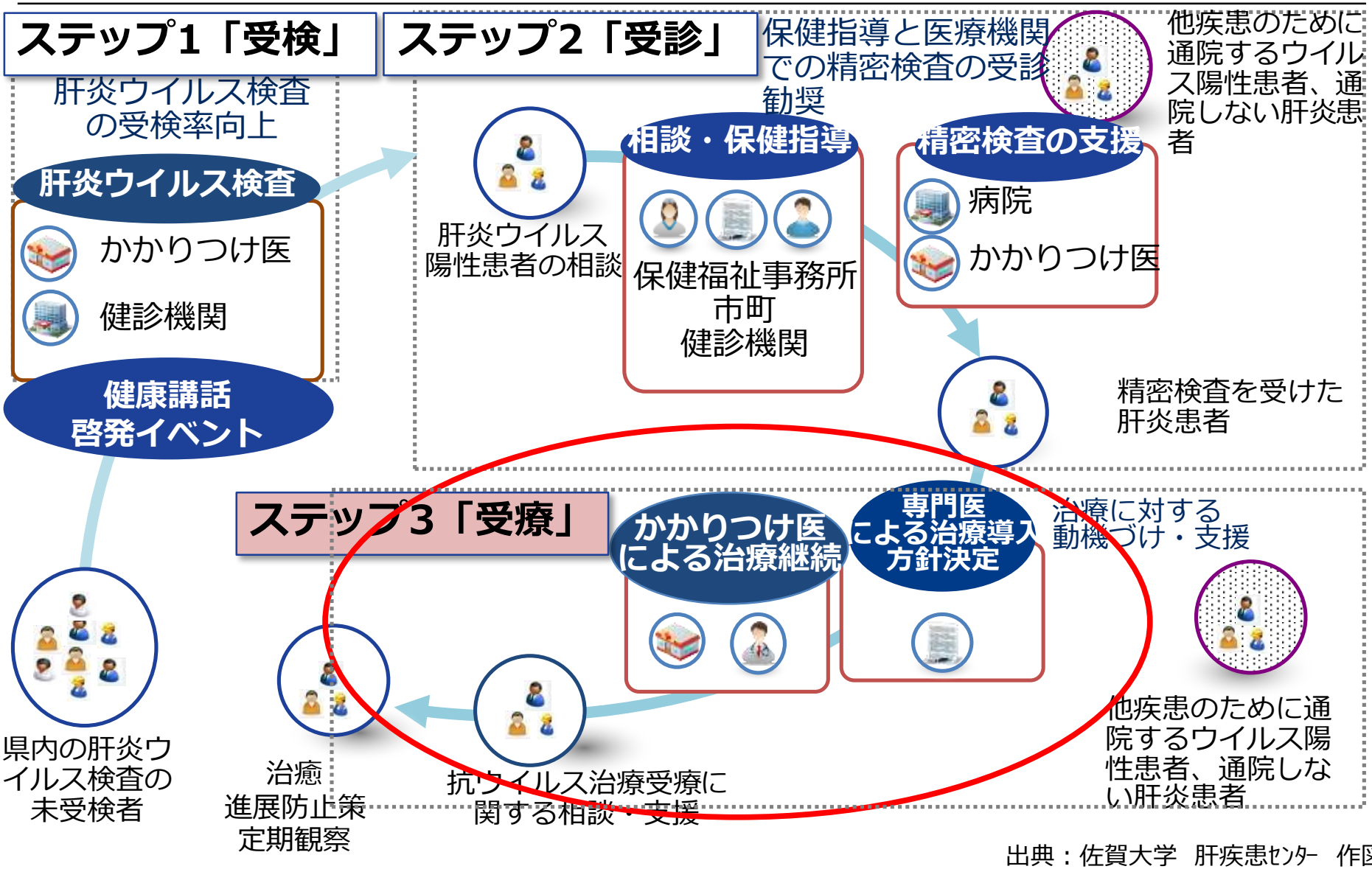
＊肝炎治療費助成事業では、2次以上の医療機関でインターフェロン治療導入・治療計画書の記入が可能。

出典：佐賀大学　肝疾患ｾﾝﾀｰ　作図



出典：佐賀大学　肝疾患ｾﾝﾀｰ　作図

疾病管理の3ステップ：「受検」「受診」「受療」



出典：佐賀大学　肝疾患ｾﾝﾀｰ　作図

あなたのバトンタッチ
上手くいってますか？

本日の内容

- はじめに
- **あなたが関わった患者さん**
  どうしていますか？
- 「私たちのバッドプラクティス」
- 「私たちのグッドプラクティス」
- 「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」
- 私たちからのメッセージ

あなたの関わった患者さん
その後どうしていますか？？

３次医療機関

退院・転院

見送った患者さんがどんな旅をして
どんな場所に降り立ったか？

患者さんの旅路

２次医療機関

ＩＦＮ等の治療

リハビリ療養

緩和ケア等

１次医療機関

かかりつけ医

在宅訪問診療等

在宅療養生活

訪問診療

訪問看護

介護ｻｰﾋﾞｽ等

３次医療機関

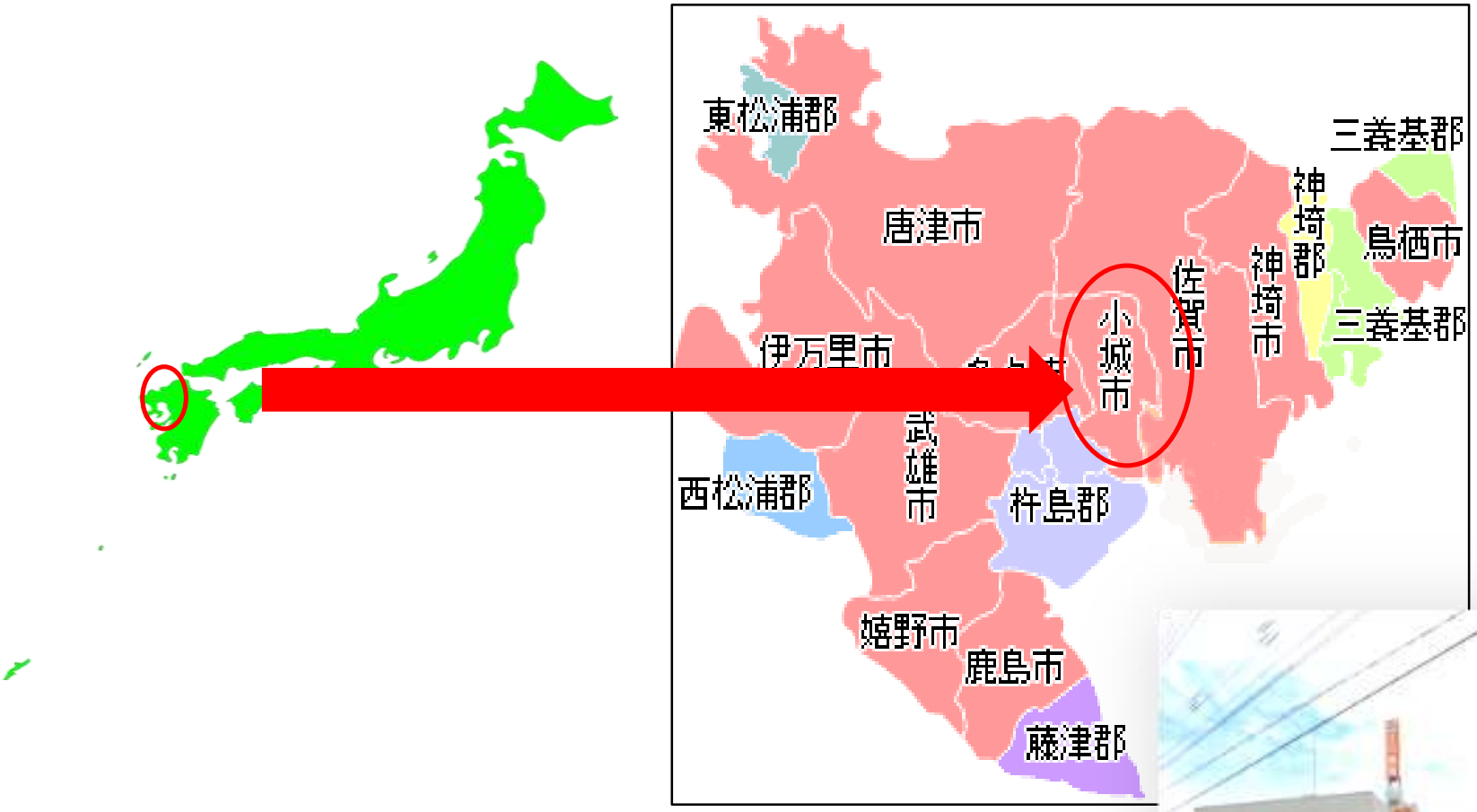
手術・抗がん剤治療・IFN等

出典：江口病院地域医療連携室　作図

２次医療機関
Ｉ Ｆ Ｎ等の治療
リハビリ療養
緩和ケア等

受け皿となっている江口病院の取組み

江口病院はココにあります！



病院名：医療法人ロコメディカル江口病院
所在地：小城市三日月町大字金田1054-2

当院の概要

- 診療科：内科・消化器内科・呼吸器内科・
  循環器科・眼科・皮膚科・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
- 病床数：９８床〈ｹｱﾐｯｸｽ〉
  一般病床：４２床<看護基準10:1>
  平均在院日数：21日以内
  医療療養病床：５６床

肝炎ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰが
院内に21名います。
（薬剤師、NS、PT、
栄養士、MSW等）

肝臓専門の常勤医が４名
いる病院です。
TAEやTACE等の専門的
な治療も行っています。

©2013 さが肝 .net

当院在宅部門の紹介

２４時間体制

- 訪問診療
- 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ三日月
  ※訪問ﾘﾊﾋﾞﾘ(PT,ST)含む
- 通所ﾘﾊﾋﾞﾘ（ﾃﾞｲｹｱ三日月）
- 通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽよろず庵）
- 居宅介護支援事業所

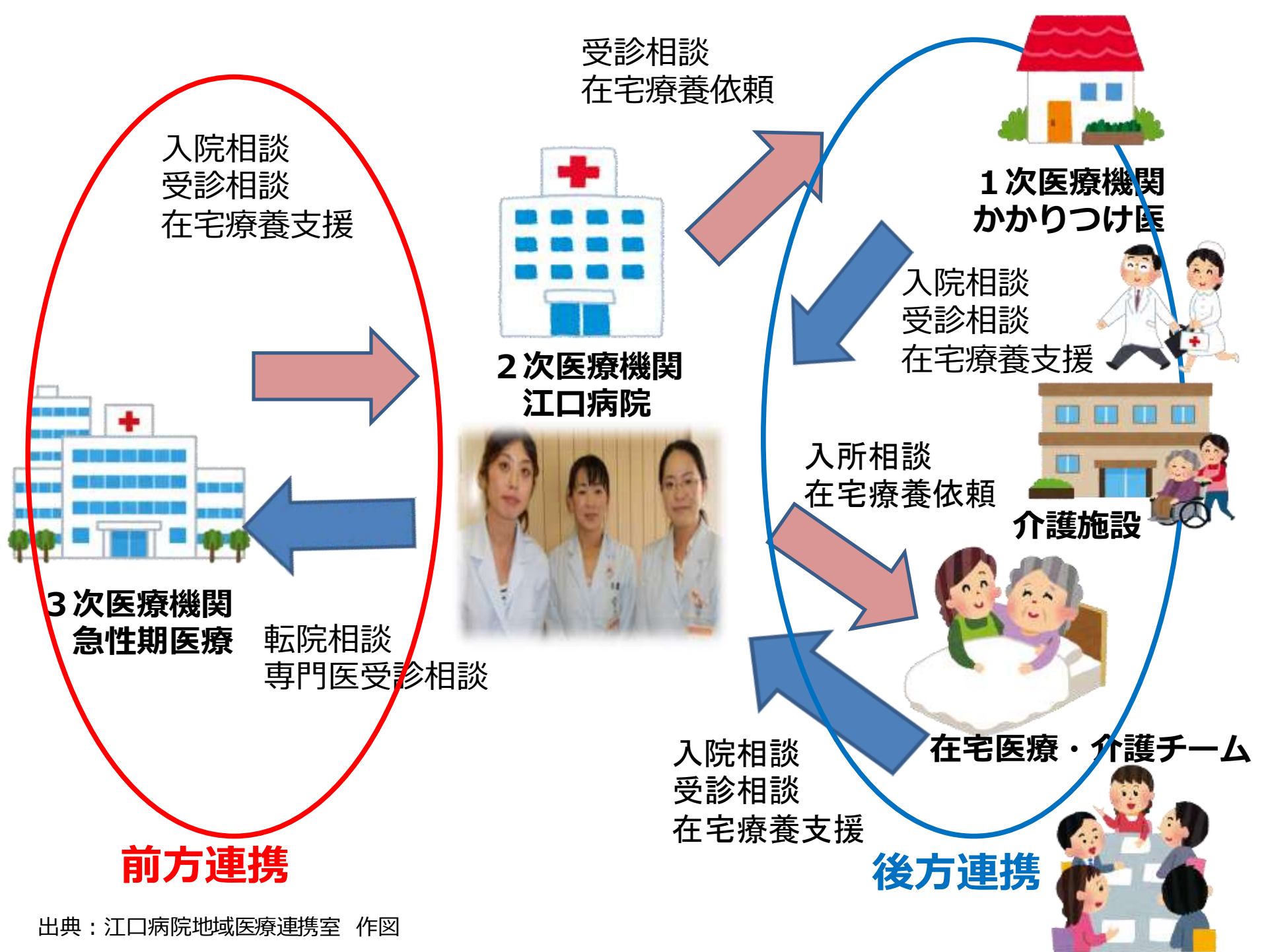
地域医療連携室（MSW3名）の取り組み

1. 患者･家族の相談業務
2. 院内ｽﾀｯﾌとの連携と協力
3. 他医療機関･施設･行政等との連携

＜特徴＞
MSWが入院患者一人ひとりを担当（担当制）

入院相談時の情報収集→ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ→入院中ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ→
退院前訪問(試験外出・家屋調査)→退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ

患者様の入院から退院、
在宅生活の支援まで
ﾄｰﾀﾙｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄしています！



出典：江口病院地域医療連携室　作図

患者の退院を支援する
カンファレンスでの多職種連携

中間ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ
（家屋調査等）

回診ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ
（1回/週）

病棟ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ
（1回/週）

退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ
（ｻｰﾋﾞｽ担当者会議）

本日の内容

- はじめに
- あなたが関わった患者さんどうしていますか？
- **「私たちのバッドプラクティス」**
- 「私たちのグッドプラクティス」
- 「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」
- 私たちからのメッセージ

私たちのバッドプラクティス

急性期病院から紹介状を持って
突然来院

在宅準備には
余りにも時間がなさすぎた事例

Aさん(60代)の人生のあゆみ

＜生活歴＞

農家　子供は３人。

子供は皆、県外に暮らし、

夫婦二人暮らし

＜既往歴＞

50代：C型肝炎の指摘

IFN治療　NR

６０代：HCCにて肝切除

HCC再発繰り返す

TACE治療

重粒子線受診

＜現病歴＞

H2X.Y月中旬：家族に

予後1ヶ月と宣告

同年Y月末：自宅退院

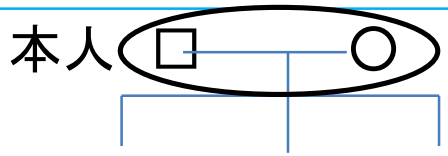
当院受診

同年Y月末：緊急入院

同年J月初旬：永眠される

MSWが本人に
出会ったのは、
亡くなる９日前

事例の紹介



3人の子供は県外

家族構成：夫婦二人くらし

Aさん　60代　男性
妻と二人暮らし、
3人の子供は県外在住

＜病名＞　　肝癌　ｓｔａｇｅⅠⅤａ　　Ｃ型肝硬変
＜病歴＞
H2X年（50代）・・・C型肝炎の指摘IFN治療するも　NR
H2X年（60代）・・・HCCにて肝切除　HCC再発繰り返す
H2X年W月・・・ＴＡＣＥ治療
H2X年X月・・・重粒子線受診するも予備能低下で適応なし
H2X年Y月・・・肝内をＨＣＣが占拠　肝不全状態
B病院からの紹介状を持って当院を受診

Aさん夫婦の突然の受診

B病院から退院後、紹介状を持って当院を受診

「治療はなく、自宅加療を希望されました。
かかりつけのｸﾘﾆｯｸは入院できないため、急性増悪時は入院させて下さい。
ｸﾘﾆｯｸには訪問看護もないので、必要時にはお願いします。」

当院Ｄｒ とＭＳＷが協議

『肝癌ターミナルの患者が、突然紹介状を持ってきた。
黄疸がかなりひどい。自宅療養は大丈夫か？』

ＭＳＷが外来で、Aさん夫婦と面談

本人『家に帰りたい。』
妻『この状態で連れて帰って大丈夫でしょうか･･･』

同日、ＭＳＷが訪問看護師とともに自宅訪問

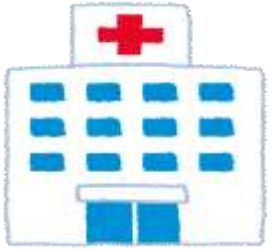
家屋状況確認、必要な在宅ｻｰﾋﾞｽの検討、介護指導実施等

ドタバタと一日で準備！

数日後の緊急入院

ＭＳＷとケアマネージャーが自宅訪問

妻・娘『黄疸がひどく、立てなくなっている。食事も入らない。
入院させてほしい。家で看るのが怖い。』



ＭＳＷが病棟と相談の上、ベッドを確保し、緊急入院

入院後、本人：全身黄疸、腹水貯留、昼夜問わずせん妄状態。
妻：病状の受容が困難、精神的に不安定。

主治医が繰り返し病状を説明するも、病状の受容できず。
病棟は重度のせん妄への対応が困難になり、付き添う妻も疲労困憊

家族を集めて改めて病状説明を行い、ＢＳＣの方針とする。
入院から数日後　病院での看取りとなる

本日の内容

- はじめに
- あなたが関わった患者さんどうしていますか？
- 「私たちのバッドプラクティス」
- **「私たちのグッドプラクティス」**
- 「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」
- 私たちからのメッセージ

私たちのグッドプラクティス

急性期の病院から転院してきた
肝癌ターミナル患者

退院支援の後に
在宅での看取りができた事例

Cさん(60代)の人生のあゆみ

＜生活歴＞

職人　子供一人

子供は市外に在住し、

妻と夫婦二人暮らし

＜既往歴＞

50代：心筋梗塞ﾊﾞｲﾊﾟｽ術

60代：胃潰瘍

胆管細胞癌、多発肝転移

化学療法開始

間質性肺炎あり

化学療法中断

ﾃｶﾞﾌｰﾙ系の経口抗がん剤

開始するも

副作用で中断

＜現病歴＞

H2X.Y月中旬：BSC方針決定

予後数ヶ月と宣告

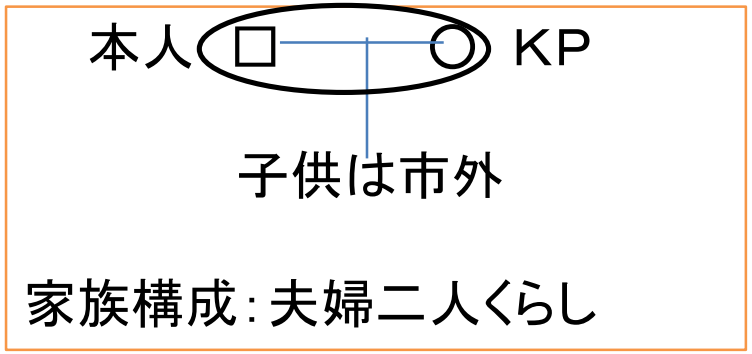
同年.J月：当院へ紹介入院

同年J月中旬：在宅療養を開始

J月末：在宅で看取り

MSWが本人に
出会ったのは、
亡くなる22日前

事例の紹介



Cさん　６０代　男性
妻と二人暮らし
子供は市外在住

＜病名＞　　胆管細胞癌　ｓｔａｇｅⅠＶｂ　多発肝転移
＜病歴＞
H2X年（50代）・・・心筋梗塞にてﾊﾞｲﾊﾟｽ術
H2X年（60代）・・・胃潰瘍
H2X年（60代）・・・胆管細胞癌　多発肝転移　化学療法開始
H2X年（６０代)・・・間質性肺炎にて化学療法中断
H2X年W月・・・ﾃｶﾞﾌｰﾙ系の経口抗がん剤開始するも
倦怠感、食欲不振で3ケ月で中断
H2X年Y月・・・D病院に入院　ＢＳＣの方針決定
H2X年J月・・・緩和ｹｱ病棟に予約入れた上で、当院に転院

Cさんの入院

D病院の主治医から、当院ＭＳＷに電話で入院相談あり

「胆管がんターミナルで肝臓に多発転移があり、予後1ヶ月くらい。
本人、家族はＢＳＣの方針に同意し、緩和ケア病棟に予約スミ。
在宅療養の希望も出ているので、入院中に準備して欲しい。」
診療情報提供書は事前にＦＡＸ送信

ＭＳＷと当院Ｄｒ、病棟Ｎｓで協議
『入院受け入れをして、在宅療養出来そうか見極めよう。』

D病院から当院へCさんが転院　ＭＳＷが面談
本人『家に帰りたい。』　妻『不安はあるが連れて帰ってやりたい。』

入院中に試験外泊を2回。担当ＰＴ、ＭＳＷ、訪問看護師が同行。
家屋状況確認、必要な在宅ｻｰﾋﾞｽの検討、介護指導を実施

１０日間かけてじっくり準備！

Cさんの在宅療養生活

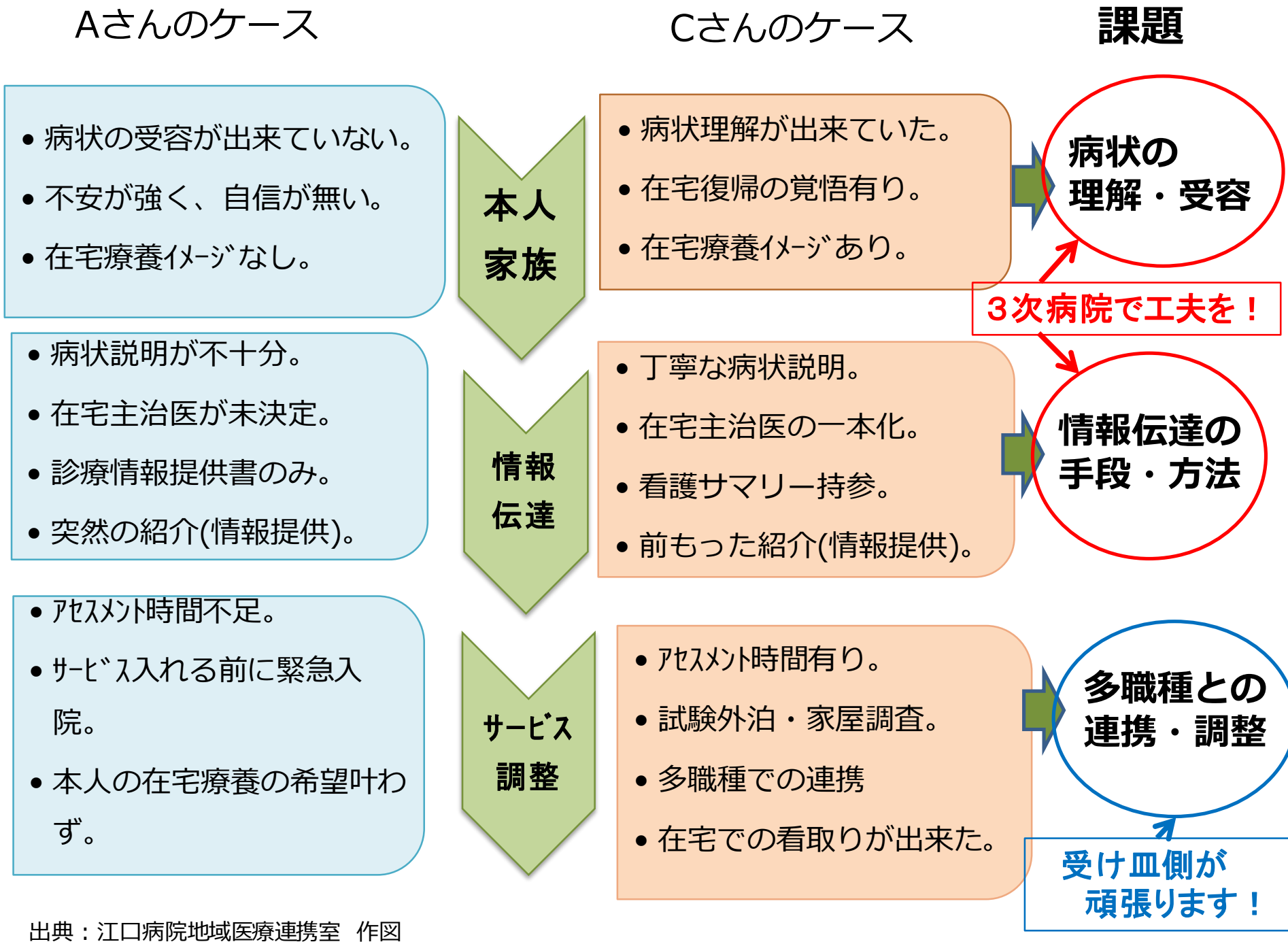
自宅退院され、在宅療養生活を開始する
訪問看護STからＮｓ(２/W回）、ＰＴ（1/W回)訪問、全身管理とリハビリ

退院後１週目　排便コントロール不良、疼痛が出現
その都度、訪問看護師が相談に応じ、主治医に報告

退院後２週目　疼痛増強　腹部膨満　食思不振　脱水　昼夜逆転(せん妄)
　訪問看護師がその都度主治医に報告、指示をもらう
　主治医が往診　疼痛を確認しながら　麻薬量をコントロールする

訪問看護師より　傾眠やせん妄状態等の症状変化予測について丁寧に説明
家族は自宅で看取る覚悟を決めていく　妻『最期まで家で看取りたい。』

主治医が往診　排尿なく、対光対反射乏しい
訪問看護師より主治医へ呼吸停止の報告、主治医が自宅へ駆けつけ看取る



出典：江口病院地域医療連携室　作図

本日の内容

- はじめに
- あなたが関わった患者さんどうしていますか？
- 「私たちのバッドプラクティス」
- 「私たちのグッドプラクティス」
- **「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」**
- 私たちからのメッセージ

患者さんの旅路

１次医療機関

かかりつけ医

在宅訪問診療等

２次医療機関

ＩＦＮ等の治療

リハビリ療養

緩和ケア等

在宅療養生活

訪問診療

訪問看護

介護ｻｰﾋﾞｽ等

３次医療機関

手術・抗がん剤治療・IFN等

出典：江口病院地域医療連携室　作図

「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」

肝疾患患者の在宅療養支援における医療機関との連携に関するアンケート

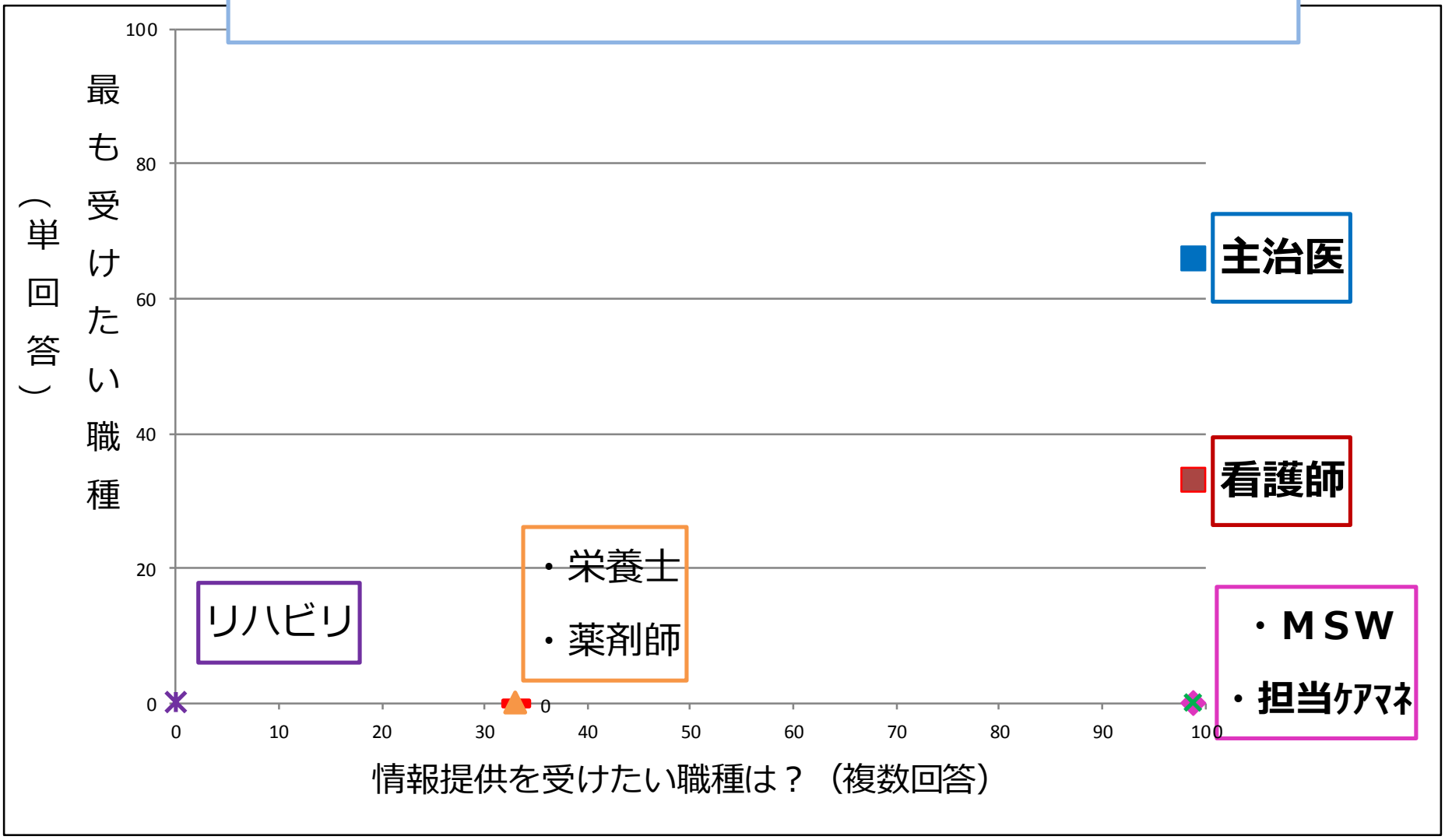
対象：当院周辺の訪問看護ステーション３ヶ所

出典：江口病院地域医療連携室まとめ

情報提供をしてくれる職種について

理想

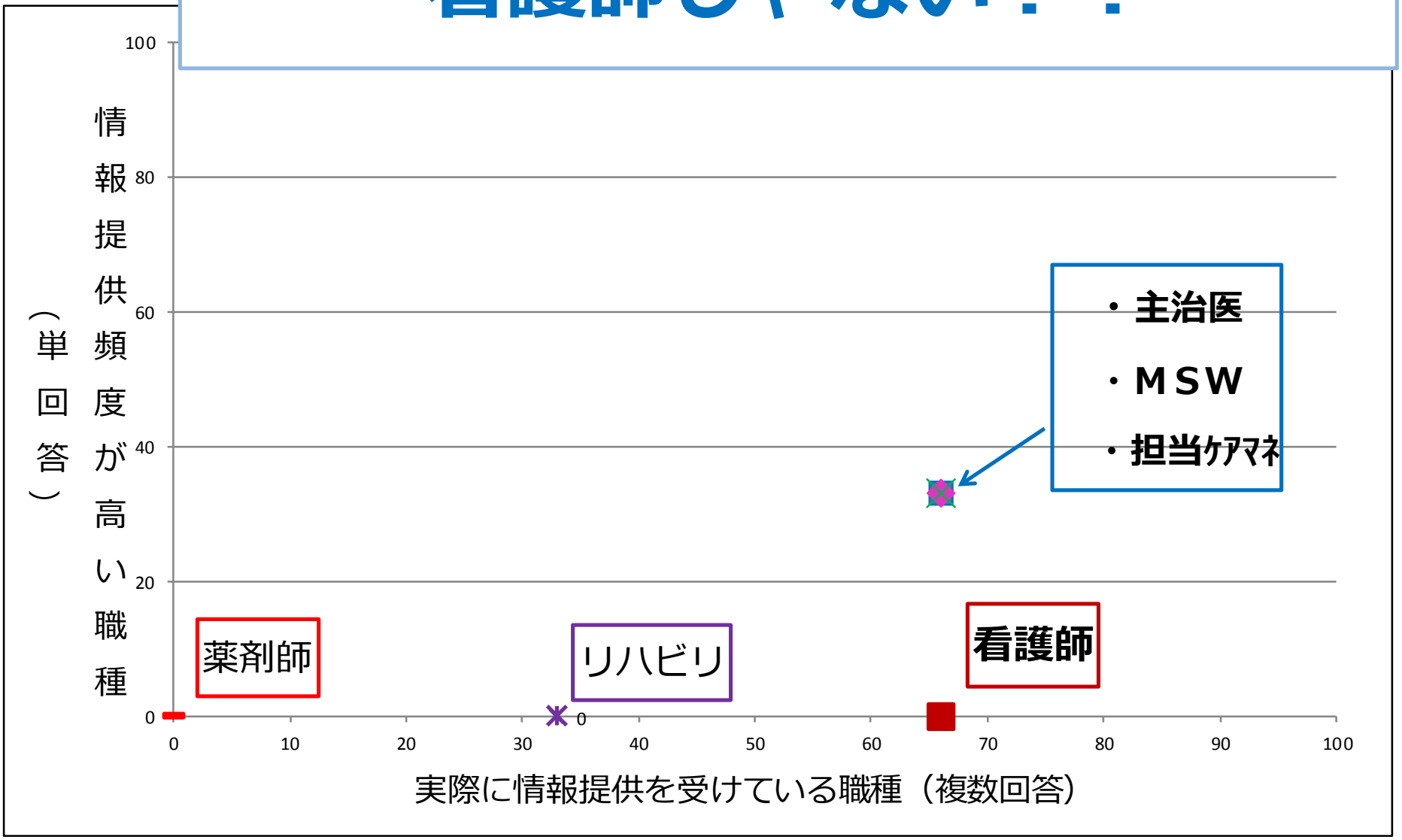
最も情報提供受けたい職種
主治医に次ぐのは看護師！



出典：江口病院地域医療連携室まとめ

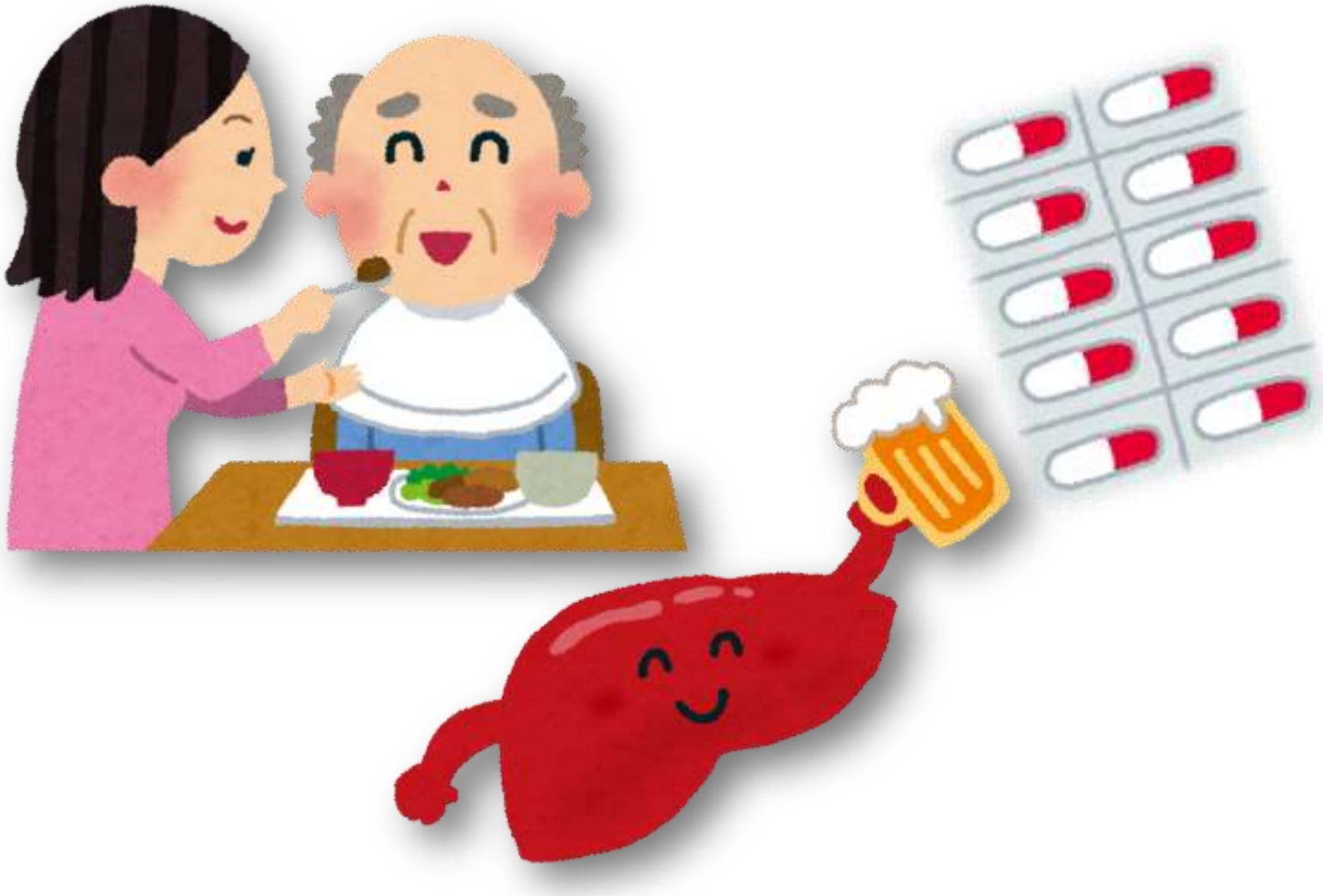
現実

実際に情報提供してくれるのは看護師じゃない？！

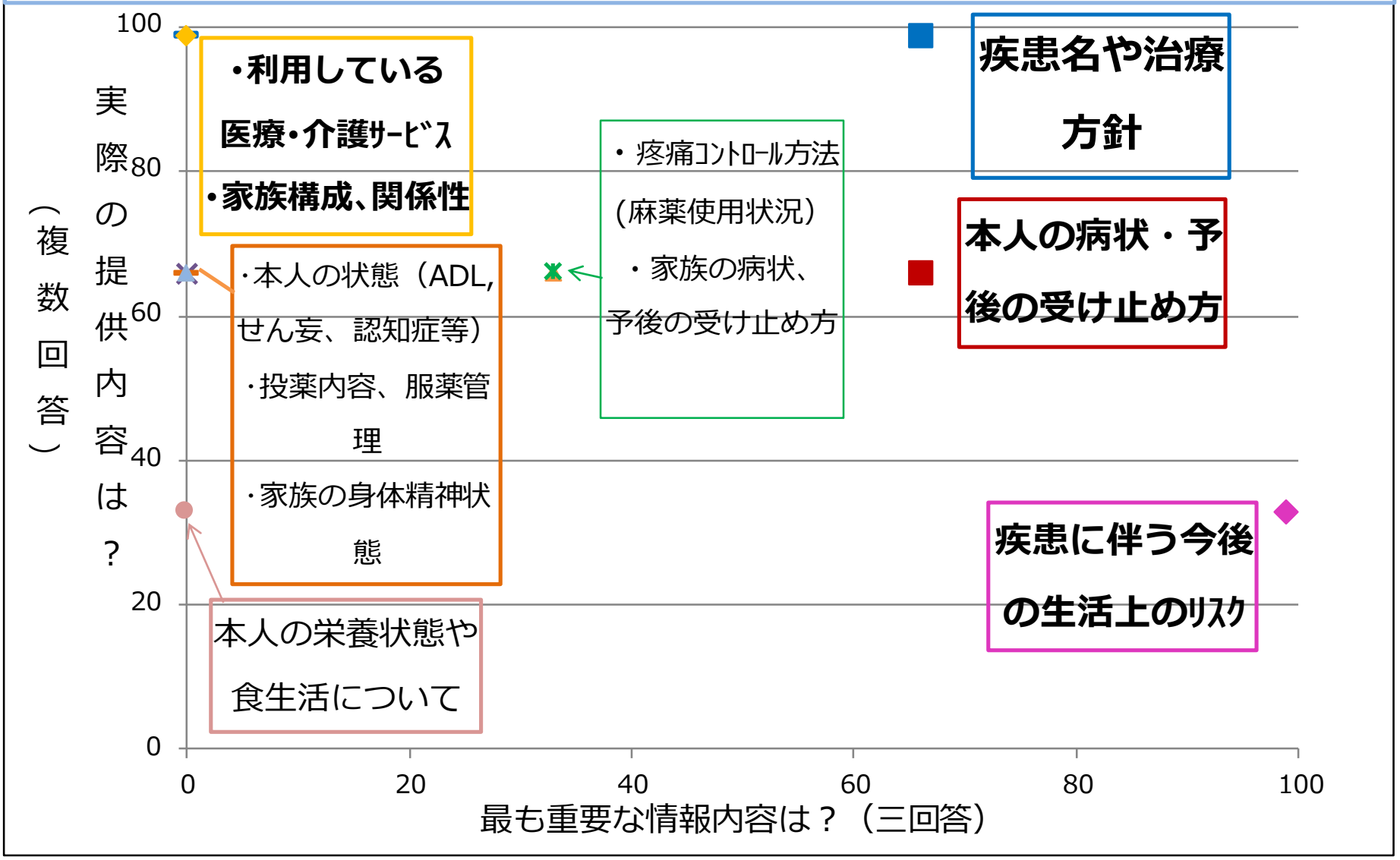


出典：江口病院地域医療連携室まとめ

提供される情報の内容について



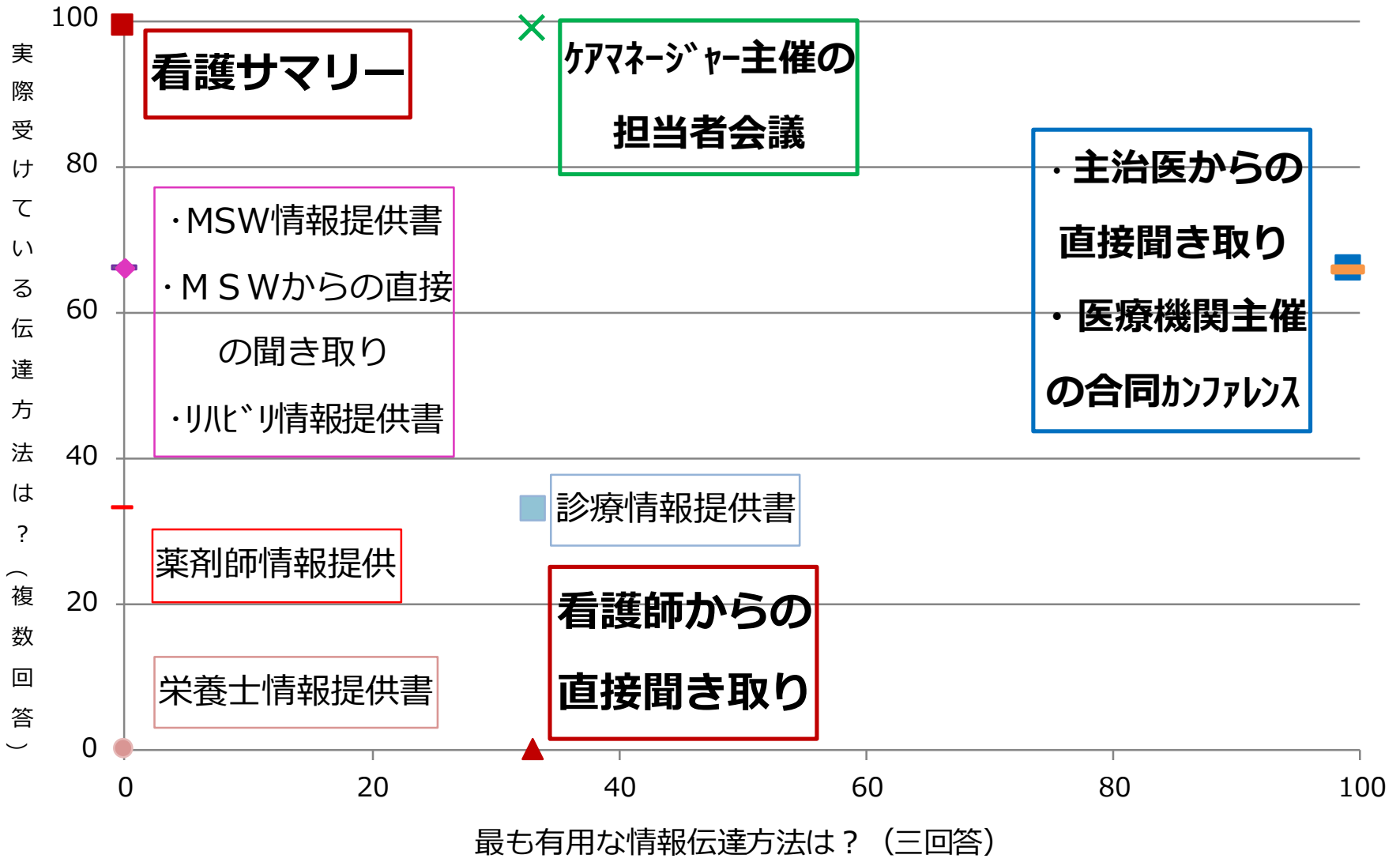
治療方針、今後の生活上ﾘｽｸ、本人病状予後の受け止め方・・・伝えていますか？？



出典：江口病院地域医療連携室まとめ

情報伝達の方法について

サマリーよりも顔の見える連携（直接申し送り、カンファレンス）が有用！！



出典：江口病院地域医療連携室まとめ

Point1　情報提供してほしい相手は、主治医、看護師。

多くの職種から欲しい。特に主治医、看護師。

Point2　情報提供してほしいのは、治療方針とリスク、本人家族の受容

疾患名や治療方針。疾患に伴う今後の生活のリスク。
病状予後を本人・家族がどう受け止めているか。

Point3　情報提供の方法は、直接聴くか、カンファレンス

サマリーだけでなく、
主治医からの直接聞き取り。カンファレンス。

出典：江口病院地域医療連携室まとめ

私たちのことを知って、協力してほしい！！

肝疾患専門医療機関と連携をとる上での要望は？
（自由記載）

主治医ともっと
近い距離間で
話したい。

しっかり情報を
いただき、
在宅看護に
活かしたい。

多くの方に、
在宅療養を
理解してほし
い。

転医時の主治医を
明確にして欲しい。
（3次→2次→１次）

状態悪化時の
バックベッドを
確保してほしい。

出典：江口病院地域医療連携室まとめ

本日の内容

- はじめに
- あなたが関わった患者さんどうしていますか？
- 「私たちのバッドプラクティス」
- 「私たちのグッドプラクティス」
- 「さが訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの現状」
- **私たちからのメッセージ**

肝疾患患者の在宅療養における課題

十分な病状説明
→患者家族の想いを傾聴
病状理解・受容をｻﾎﾟｰﾄ

２次医療機関

早期の治療方針決定
→転医先、転医目的の決定
決定後の速やかな連絡

１次医療機関

在宅療養

十分な情報提供
→情報提供書・ｻﾏﾘｰの工夫
院内の多職種を活用

他事業所との連携
→直接の申送り・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ開催
顔の見える関係づくり

３次医療機関

出典：江口病院地域医療連携室　作図

「患者・家族に寄り添い」、「丁寧な情報内容」をもって、「顔が見える連携」をする！

肝疾患患者がより良い在宅療養生活を送るためには・・・

問題解決	コミュニケーション	成果
・十分な病状説明 ・早期の治療方針決定 ・患者・家族の病状理解と受容 ・十分な情報提供 ・直接の申し送り ・多職種ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ ・ ・ ・	・理　解 ・共　感 ・信　頼 ・**その気になってもらう**	スムーズなバトンタッチができ、患者・家族のニーズに沿った療養生活につながる。

今回の講義で、皆さんに『その気』になってもらいたい！

あなたからのバトン
私たちがしっかり受け取って
走ります！！

医療法人ロコメディカル江口病院