

京都府基金事業「在宅療養を支える体制整備事業」

本人の思いをつなぎ “生ききること”を支える 事例集

～がん患者の在宅移行を中心に～



はじめに

急速な勢いで少子超高齢化が進展し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、国をはじめ地方自治体の行政も早急な対策が求められている。日本看護協会においても、2015年度の重点政策・重点事業のトップに、「地域包括ケアシステムの構築と推進」を位置づけた。看護職が看護の専門性を発揮していくため、医療と介護をつなぐ「地域の看護職連携構築事業」や在宅・介護領域の看護人材の確保、看護管理者のマネジメント強化、IT化等、検討に向けての方針が打ち出された。

当看護協会も地域包括ケア推進に向け、国・京都府、京都市の施策の動向に注視、職能団体としてこれらの活動に参画する傍ら関係する研修会を開催し、今後の活動の指針となるように努めてきている。2014年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進するための関係法律の整備等に関する法律」の公布に伴い、地域医療介護総合確保基金が創設され、当協会申請の在宅療養移行に関する事業が採択された。

本事業の名称は「在宅療養を支える体制整備及び相談事業」であり、主な目的は円滑な在宅療養移行に向けて、入院医療機関、在宅医療に関わる機関（診療所、訪問看護、薬局など）との協働による退院支援体制を整備するため、及び関係者の人材育成や情報共有のためのツール等を作成する。また、関係機関との連携、協働で地域住民の安心在宅相談事業を推進していくことである。本事業である京都府南部、山城地区をモデル地区とする「在宅療養移行整備事業」は、在宅療養への必要な医療・看護・ケアが継続され、安心して在宅療養が再開できるような看護連携ができること、住民が望む場所で人生を全うし、最後のときまでこの町で暮らせる地域づくりを目指している。本年度は、モデル地区における地域の課題を抽出・整理し、看護で解決できることをベースにして在宅療養移行について検討を進めてきた。「がん患者さんの診断から人生最終章までの支援過程」の事例を時間軸で振り返ることで、看護実践上、必要不可欠な課題が見えてきた。また、看護が上手く繋がっていないことも明らかとなり、連携のための情報共有ツールも作成した。

そこで、これらを「本人の思いをつなぎ、“生きること”を支える事例集」としてまとめることができた。今後はモデル地区のみならず府内の看護職がこれらを活用し、地域の中で組織を越えて看護がつながり、人生最終章まで自分らしく“生きること”を支える地域づくりに発展していくことを期待している。

最後に、本事業にご協力いただきました関係者の皆さまに感謝申し上げます。

公益社団法人 京都府看護協会



もくじ

チームで支える!在宅医療	2・3
テーマ1 本人の気持ちを尊重する 外来での支援から、在宅調整入院を経て、自宅での看取りへ	4・5
テーマ2 病棟看護師が、在宅療養のための支援に もっと関わるためには?	6・7
テーマ3 退院前カンファレンスで、 「最後まで家にいたい」という患者さんの思いをかなえる	8・9
テーマ4 若いがん患者の在宅希望をかなえ、葛藤する家族を 心身ともにサポートするには?	10・11
ひとのいのちが持つ力…ある在宅療養の風景	12・13
思いをつなぐシート(記入例) 思いをつなぐシートの目的	14・15
思いをつなぐシート	16
京都 山城地区 ~在宅へつなぐ施設リスト~ 訪問看護ステーション、病院・介護施設等一覧	17

チームで支える！在宅医療

がん患者さんを在宅医療、入院で支える医療とケアの現場には、このような役割をもつスタッフたちがいます。多職種がチームで「その人らしい人生」と、ご家族を支えます。



病院



医師
看護師(NS)
専門・認定看護師(CNS・CN)
リハビリスタッフ
薬剤師
栄養士
介護スタッフ 等



地域連携室



退院支援看護師(D.NS)

入院患者さんの退院後の療養生活環境を整え、退院を支援します。

医療ソーシャルワーカー(MSW)

患者と家族の自立のために地域の社会資源を活用して支援します。

この冊子に登場する用語集

人物編

NS(Nurse)…看護師(上の図参照)

PT(Physical Therapist)…理学療法士。リハビリテーションの専門職

CN(Certified Nurse)…認定看護師(上の図参照)

D.NS(Discharge Nurse)…退院支援看護師(上の図参照)

MSW(Medical Social Worker)…医療ソーシャルワーカー(上の図参照)生活に困難や不安を抱えている人々に対して問題解決のための援助を提供する専門職

医療・ケア用語編

ADL/IADL(Activities of Daily Living/Instrumental Activities of Daily Living)…日常の生活で行われている諸動作のこと。食事動作、排せつ動作、更衣動作、コミュニケーションからなる。IADLは「手段的日常生活動作」。家事全般や金銭管理などを含む、ADLよりも複雑な諸動作のこと

BSC(Best Supportive Care)…抗がん剤などの積極的治療を行わず、症状を和らげる治療に徹すること

CF(Conference)…多職種で課題や方向性を話し合う場

CM(Care Manager/ケアマネージャー)…介護支援専門員(右頁・上の図参照)

IC(Informed Consent/インフォームド Consent)…十分な情報を提供した上での同意。説明と同意。納得同意

在宅医療チーム



在宅医…自宅や施設等に実際に訪問して、生活の場で医療を行う医師。24時間対応してくれる医師も増えつつあります。

訪問看護師…その人らしい療養生活を続けられるように、自宅や施設等を訪問し、医師の指示による医療処置、看護や医療相談を行います。

薬剤師…医師の処方箋により、薬の調剤をする。自宅や施設等に薬を届けたり、薬の飲み方や副作用、薬の管理の仕方などを教えます。

歯科医・歯科衛生士…歯科医院に通うことが出来ない人の自宅や施設等に訪問し、虫歯の治療や口腔ケア、入れ歯の調整を行います。

リハビリスタッフ 栄養士



地域包括支援センター

ケアマネージャー (CM)
看護職 社会福祉士

在宅ケアチーム



ケアマネージャー (CM)

ケアマネージャーは利用者の状態に合わせて本人、家族は勿論のこと、主治医やサービスの提供者と一緒に考えながらケアプランを作り、介護保険のサービスをはじめ、医療、福祉、その他さまざまなサービスを組み合わせ、自立した生活ができるように助言し、支援をします。

訪問系サービス…自宅に訪問してケアをします。

ホームヘルパー

ケアプランに基づき、食事の準備や買いもの、掃除などの家事援助、入浴や排泄などの身の回りの世話をします。

リハビリスタッフ

(理学療法士 作業療法士 言語聴覚士)

必要なリハビリテーションのほか、家族に負担のない介助法なども教えます。

通所系サービス…施設でケアをします。

医療スタッフ 介護スタッフ リハビリスタッフ

IVH(Intravenous Hyperalimentation)…静脈にカテーテルを留置して高カロリー輸液で栄養分を補給する方法

QOL(quality of life/クオリティ オブ ライフ)…生活の質。医学的には、消耗の激しい延命や治療よりも、患者が自らの理想とする生き方、尊厳を保ちうる生活を尊重する援助を「QOLを維持、向上させる」などと言われる。

エンド・オブ・ライフケア/終末ケア/ターミナルケア…終末期のケア。疼痛緩和に重点を置いた「緩和ケア」は、ターミナルケアの一種

看護サマリー…患者が退院または病棟が変わる際に、スムーズなケアが受け継がれるよう、看護師が書き、申し送りする書類

ケモ(ケモセラピー)…化学療法

セカンドオピニオン…患者が、検査や治療についての見解、方針を主治医以外の人間に求めること

退院前カンファレンス…これまでの経緯と退院後のケアを、病棟から在宅スタッフへ申し送りし、話し合う場

デスエデュケーション…死の受容への準備教育。看取りを行う家族の不安を和らげることも含まれる。

訪問看護

訪問看護は、医師やケアマネージャーと連携し、在宅医療を支えます。そのサービスには、医療処置のほか、身体の清拭、入浴や食事、排泄の介助、リハビリなども含まれます。

テーマ 1 本人の気持ちを尊重する外来での支援から、在宅調整入院を経て、自宅での看取りへ

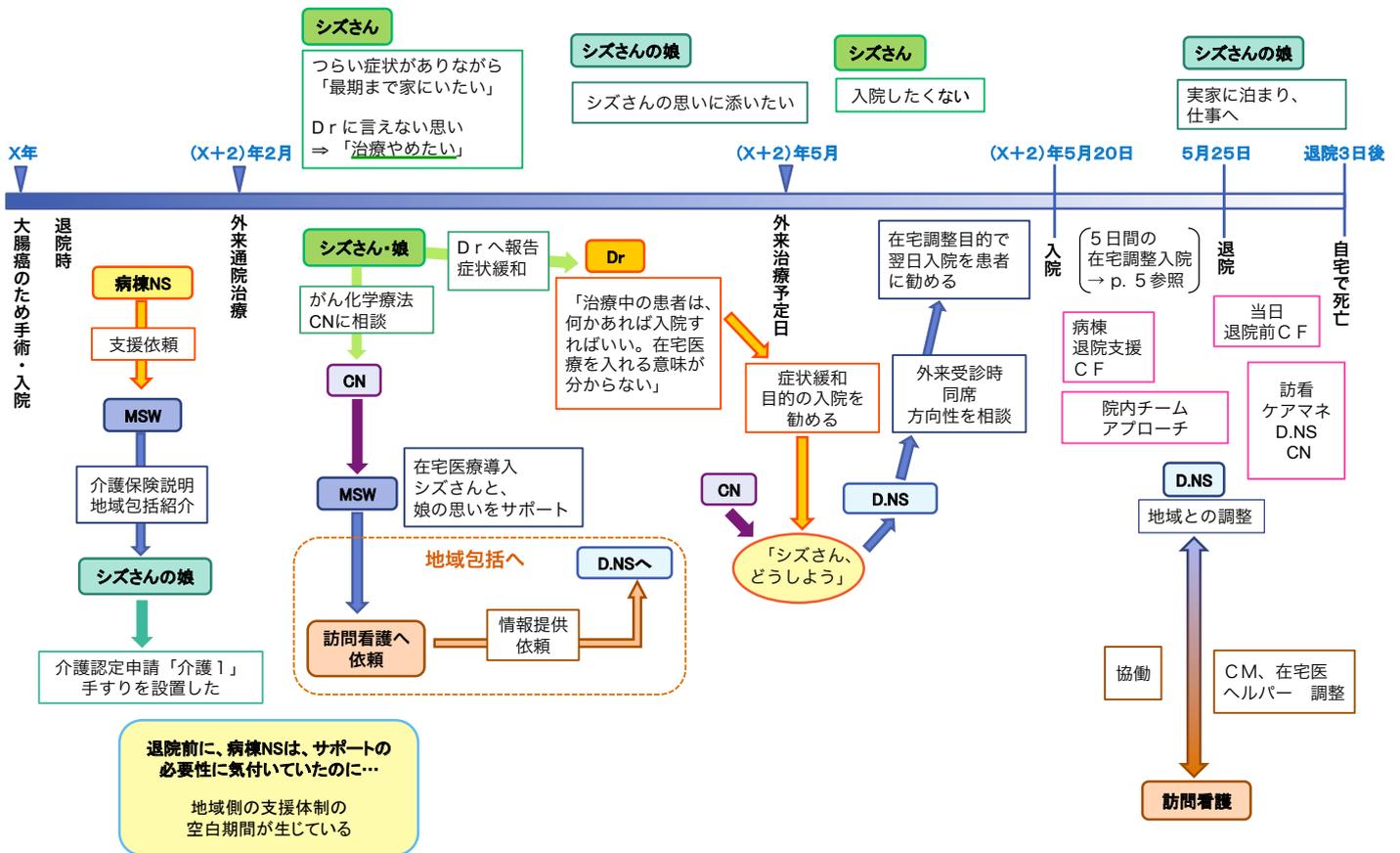
事例概要

シズさん 80代 女性

疾患名：大腸癌（進行がん）

経過：大腸癌のため手術を受け経過良好で退院。家族は退院前に地域医療連携室から介護保険と地域包括支援センターについての説明を受けている。化学療法のため2年2か月間通院。外来受診時、症状緩和目的で主治医に入院を勧められたが、「家へ帰りたい」と入院拒否。本人は、「最期まで家で生活したい」と希望し、家族も同意した。『在宅サービス調整目的の入院』をした後、自宅で見取られた。

家族状況：独居。子どもは娘ひとり。娘は同市内に住んでおり、仕事帰りにシズさんの家へ様子を見に行っていた。



事例の振り返りから学んだポイント

- 外来通院時から支援できるコーディネーターが必要
- がん患者さんには、訪問看護の早期導入が重要
- 地域医療連携室の役割。患者さんそれぞれに合った支援の方法が必要
- 在宅サービス提供側とのつながり、顔の見える関係作り
- 情報提供の方法。適切な情報提供書が必要



FOCUS!

5日間の在宅調整入院の実際

医師から

- 本人への説明
 - ① 入院は脱水改善と介護サービスの準備目的である事
 - ② 5日間の期間限定である事

退院支援看護師から

- 入院前に退院前カンファレンスの日程調整
- 在宅医へ紹介状にて往診依頼
- 担当CMと訪問看護へ患者情報を提供

病棟看護師から

- 排泄、洗面など自分で出来る事は自分でしてもらった
- 痛みのコントロール
- 退院時看護サマリー提供

FOCUS!

外来での支援

外来でのシズさんと娘の言葉から、気持ちをキャッチする

外来看護師は、患者や家族の何気ないつぶやきから、本人の意思や状況を感じし、適切なかたちで医療やケアにつなげる。ここには多くの情報と、すべきことのヒントが含まれている。

外来通院中のシズさんの言葉

「大好きなペットの世話があるため入院はしたくない」
「通院は通える間は通おうと思う。バスが無理ならタクシーで行く」
「こんな田舎にも往診に来てくれる先生がいるのかわからない」
「通院が難しくなれば往診の先生を頼みたい」

娘の言葉

「一番知りたいのは、残された時間はどれくらいなのか？先生ははっきりとは言ってくれない」
「お腹や脚が痛くて思うように歩けず、夜も眠れないと言っている。鎮痛剤が効いていないと感じる。痛みを取ってほしい」
「もう、化学療法は中止しても良いと思う」
「本人が望むのであれば、家で死んでも良いと思っている」

看護師にはどんな気遣いがあればよかったのか

このケースでは、病棟看護師・外来看護師も何か支援が必要と感じたが、適切な医療やケアにつなぐことが出来なかった。看護師は「病気を抱えての一人暮らし」を細かに想像していくことが求められる。

具体的には…

①「おうちで何か、困っている事や気になる事、ありますか？」という声かけ

食事は…買いたいの？誰が作る？
排泄は…トイレまで歩ける？手すりが無くても立つことが容易？
入浴は…床に座って洗っている？椅子を使っている？浴槽に入れる？滑らない？
薬は…飲んでいる？飲み方は？
どこで寝ている？生活のリズムは？通院手段は？

②「つらいことはありますか？」(疼痛・気持ちの辛さ・家族や周り(仕事・学業)への不安)という声かけ

⇒「今の暮らしをなるべく安定して続けるために、教えてください」という声かけを。

③「できる限り入院したくない」と言われた時の声かけ

看護師「出来る限り入院しないで家にいたいと思われているんですね」
シズさん「看護師さん達にはお世話になったのに、悪いけどね。やっぱり好きなことができる家がいいんです」
看護師「なるべくおうちにいられるようにつらい症状や、生活面で困った時に、サポートしてもらおう方法もありますから、一緒に考えていきましょうね」

④在宅療養をイメージできるよう、地域の訪問看護事業所に相談したり、患者・家族の面談に同席を依頼する。

⑤訪問看護について詳しく知り、在宅へスムーズにつなぐ。

例：「今までできていたことが、できなくなっているようなことは、ありますか？」
シズさん：「食べたい気持ちが起きなくてね、食べなきゃって思うんだけどね」
例：「病院へは、どうやって来られるのですか？」
シズさんの娘：「家が坂の上にあってね、階段がきつくなっているみたい。本人は、大丈夫やっというんですが、見てるとつらいです」

「～したいんだ」という思いや感情の表出があった時が、患者さんとの関わりでの大事な分岐点です。「あなたの思いをもう少し聞かせてください」「一緒に考えさせてください」と持ちかけましょう。

病院から在宅側へ依頼する時の情報提供の方法として、簡単な情報用紙「思いをつなぐシート」(p14)を作成しました。ご活用下さい。

テーマ 2 病棟看護師が、在宅療養のための支援にもっと関わるためには？

事例概要

太郎さん 40代 男性

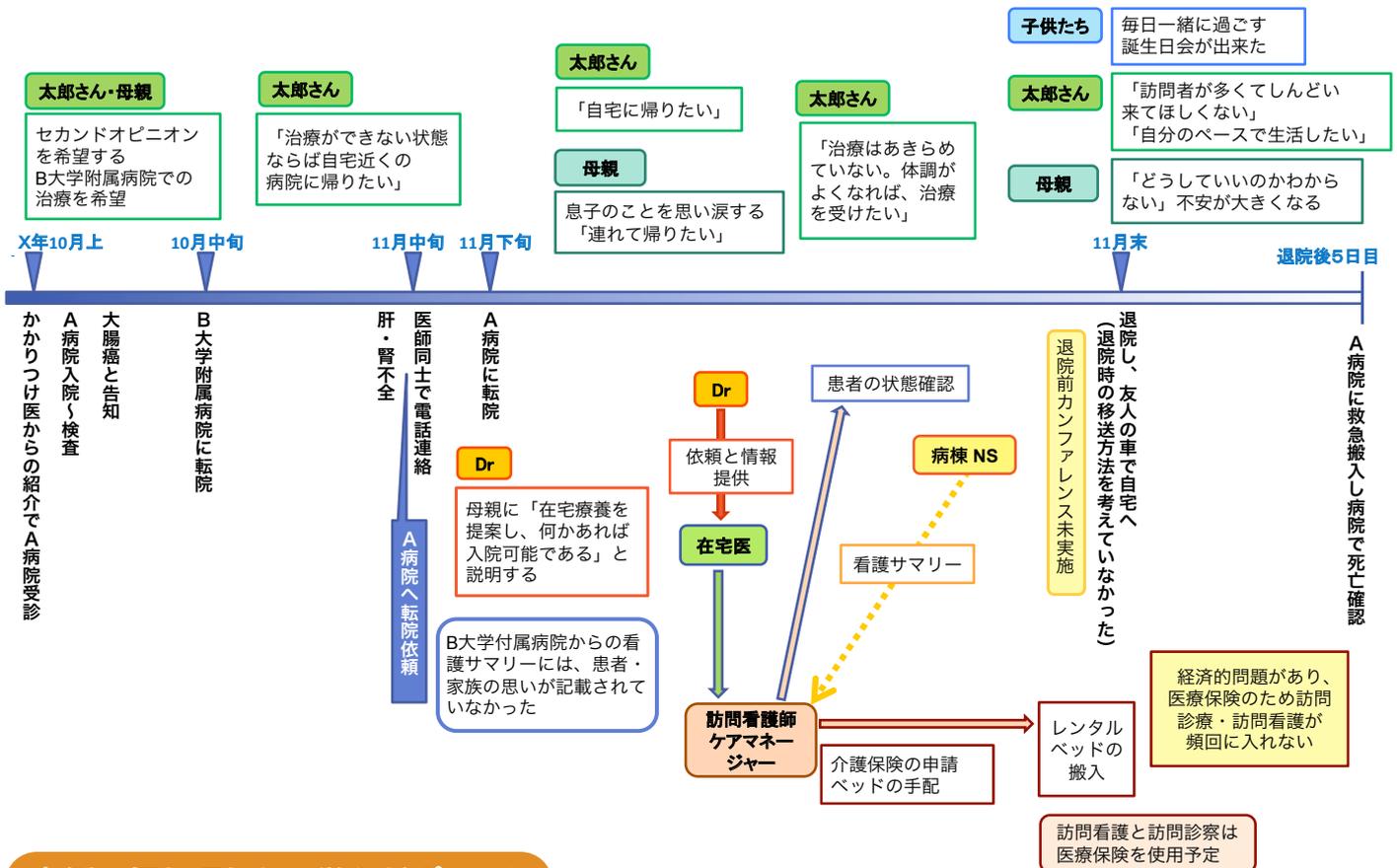
疾患名：大腸癌 肝転移

経過：かかりつけ医からの紹介でA病院受診、肝機能異常、黄疸出現。入院・検査し、末期の大腸癌と診断。

家族がB大学附属病院へセカンドオピニオン希望し、転院する。一か月後、B大学附属病院で治療中に肝不全・腎不全となり、「治療できないなら地元の病院へ帰りたい」と希望されていると、医師同士の連絡でA病院へ転院。「家に帰りたい」という本人の希望を受け、主治医が、A病院内部在宅医・訪問看護へ依頼し、退院前カンファレンスを開かず退院。病棟看護師はMSWと連携が出来ていなかったため、介護指導や急変時の対応を指導できていなかった。5日後、症状悪化し救急搬送、死亡される。

家族状況：母と2人暮らし。近所に元妻と子供が3人で暮らしており、行き来は時々ある。母親は、夫(太郎さんの父親)の介護経験あり。

その他：休職中 母も無職 経済的な問題ありと予測される。



事例の振り返りから学んだポイント

● 患者・家族の気持ちや思いを確認すること

- ① 患者の病状が変化していく中で、いつ・誰が何を確認するのか?を明確に。
- ② 確認した内容を、必要とするスタッフや家族につなぐことも大切

● 病院から病院へ、病院内職員間、病院から地域への情報共有・伝達の大切さ

- ① 転院の目的・患者の情報の伝達 ~なぜ、何のために当院に来られたのか?
- ② 病院内職員間での連携と情報の共有が大切。適切な時期に患者の今後について方向性の共有のため、スタッフ間のチームカンファレンスを行う。
- ③ 訪問看護師に情報の提供を行い、連携することが重要

● 医療提供者として患者・家族への支援をすること

- ① がん末期の患者の苦しい生活を考えて、介護指導や今後、起きうる病状について説明が必要 (家族が患者の生活を支える上で、不安を減らす支援、特に精神的支援が必要である)

それぞれの状況の受けとめ

母：予後は不良で、年内に亡くなる可能性もある事を、最初のA病院入院時、医師から説明を受けていた。
 元妻：年内に死亡することは理解できていたが、患者本人に残された時間については知らせたくない思いがあった。
 太郎さん：体調がよくなれば治療の再開を希望していた。

■振り返りポイント

①A病院へ転院翌日、病棟主治医が母親へ説明する場面

「大学病院で話しを聞かれていますと思いますが、だいぶ状態が悪い状況です。いつお亡くなりになってもおかしくないと思われます。今後は、本人の負担を減らして、つらい症状を取る医療が中心になります。本人も『家に一度帰りたいな』とおっしゃっているので、在宅療養の準備も検討したいと考えています。当院の医師で家に訪問する担当がいるので、看護師も伺う事ができます。自宅での生活が困難になれば、いつでも戻ってきてもらっていいです。一度、本人と相談してほしい」

②主治医から在宅担当医へ直接依頼し、在宅担当医から訪問看護師へ連絡し、介護保険申請、療養環境の調整を在宅支援チームが準備に動いていた。

③母親は自分の夫の介護の経験があり、できると考えていたが、太郎さんは母親の介護を望まなかった。

- 病棟看護師は、退院の目的も把握しておらず、在宅での介護についても母親に説明が出来ていなかった。
- 訪問看護師への情報提供ができていないため、退院後の療養のイメージができないままの在宅療養となる。
- 退院前カンファレンスを開催せず、退院となる。

④在宅医療（訪問診療と訪問看護）は医療保険給付になるため、3割負担と高額で頻回の訪問を拒否。

経済的な支援もできていなかったため、頻回の訪問に入ることを拒否されていた。本人も「自分のペースで生活がしたい」と訪問に対して苦痛を訴えていた。

⑤がん患者・家族に対する看取りへの支援

- 「苦痛があり患者が希望すれば、病院に来てください」という医師からの説明もあり、自宅での看取りは考えていなかったと推測される。
- トイレに行きたいと言ったが動けず、ベッド上で排便・排尿を済ませた後、意識レベルが低下し、母親が救急要請をした。蘇生を開始しながら搬送したが心肺停止状態であった。回復せず、死亡確認となった。



どんな風に伝えていいのかな？

医師の説明の後、看護師が寄り添わないといけないな…

京都府看護協会「在宅療養移行支援ガイド」p7「生活の場に戻るための医療・看護のアプローチ」参照
 看取りの話をする時は、基本的に患者を入れずに話すが、経過によって患者自身と話す事もある。家族へのICで「今後の病態予測」は確認する。

母親の気持ちに寄り添う

転院時に本人・家族の思いを聴く。また、ICに同席し、母親の気持ちに寄り添うことが必要。がん末期患者の残された時間を住み慣れた自宅で、家族と生活するために、病棟看護師や退院支援看護師が患者・家族の思いを確認し支援をすることが必要

入院中の太郎さんのADLから「家での生活」をイメージ

- 母親から聴き取りながら、「帰ってからどんなケアが必要か」を一緒に考える。
- 住環境⇒退院時の移送方法も忘れずに！
 - 排泄・お風呂・食事、必要なケアは何かを太郎さん・母親と共に考える。
 - 必要な緩和ケア⇒母親だけではなく「看護師によるサポートの必要性」を伝える。
 - 在宅支援チームへ情報提供し、在宅療養へ備える。

退院前カンファレンスを開催する

在宅療養移行を、在宅と病院チームで考える事で知恵を出し合う場が退院前カンファレンス(→p9参照)

特に、以下の患者に対して開催する

- 医療依存度が高い患者（終末期で看取りの可能性がある、医療処置・管理が必要、症状が不安定）
- ADL・IADLが低下し、暮らし方の再構築が必要な患者
- 経済的な問題や心理的な問題、家族問題等で多職種での検討が必要な患者

訪問看護を利用する意味を伝える

病院側でできる、デスエデュケーション（声かけの一例）

「病状が進行しているがん患者さんに対して、積極的な延命治療、心マッサージをしたり、呼吸器をつける等を行ったとしても、『何かあった時』を避ける事はできない場合が多いです。その時までを、過ごしたい場所で、大事な時間を過ごさせてあげてください。つらい症状が取れない場合や、ご家族の不安や介護への負担が出た場合、在宅の先生たちと相談したうえで、当院での入院でサポートする事はできますからね」

テーマ3 退院前カンファレンスで、「最期まで家にいたい」という患者さんの思いをかなえる

事例概要

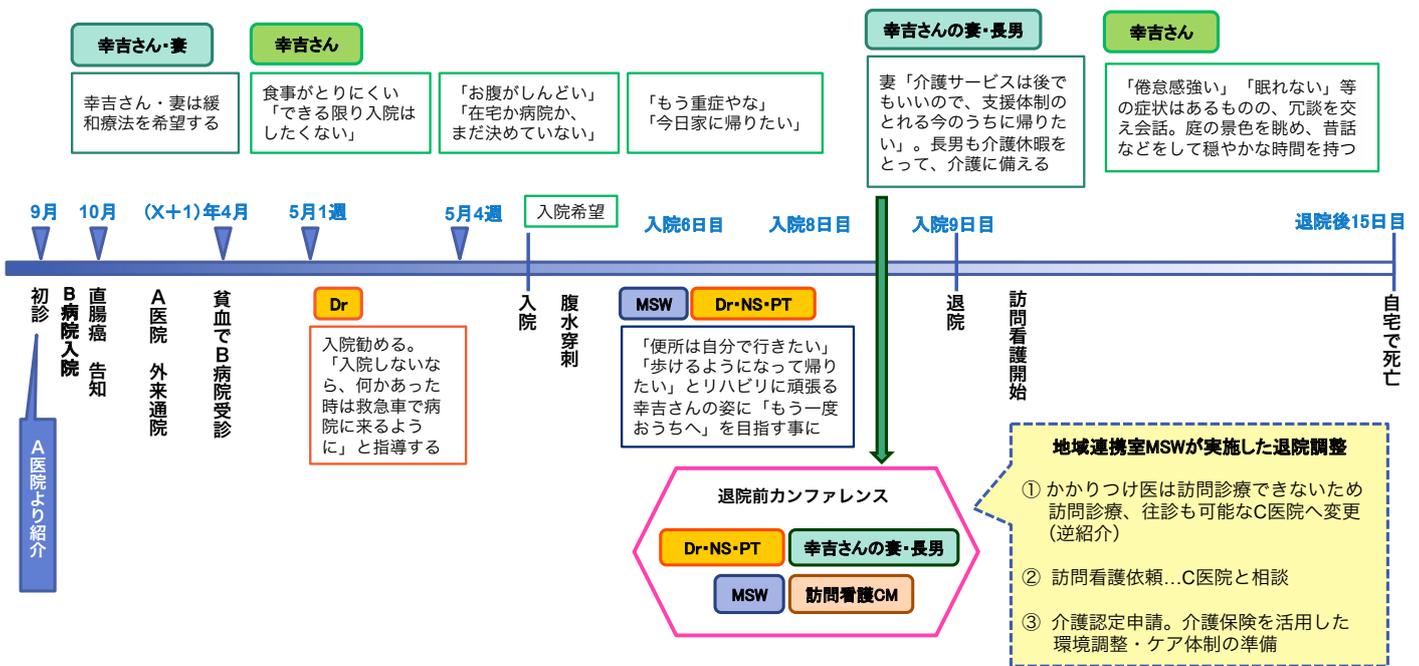
幸吉さん 70代 男性

疾患名：直腸癌 多発性肝転移 慢性腎不全

経過：かかりつけのA医院からの紹介でB病院受診、入院・検査、診断確定。手術は不可能で、抗がん剤治療効果も厳しいという説明を受け、幸吉さん・妻ともに、緩和療法を希望。かかりつけ医でフォローされていた。半年後、貧血に対する輸血治療のためB病院に通院し、輸血療法を受ける。入院を勧められるが「できる限り入院はしたくない」と拒否し続けていた。1か月半経過し、腹水貯留、経口摂取できなくなり、入院。「自宅で最期を」という家族の意向もあり、退院調整し、8日目に退院前カンファレンスを開き、9日目に退院。在宅医・訪問看護・ケアマネジャーの支援を受け、15日目、家族に看取られ亡くなる。

家族状況：妻・長男・三男の4人暮らし 次男は結婚し、隣市在住

その他：定年まで働き、入院前日まで車を運転していた。自宅は坂の上であり階段を利用して玄関に入る環境。妻は自営業



事例の振り返りから学んだポイント

● 外来通院時からの「在宅療養支援」が必要

- ① 高齢者のがん患者の場合、病気がわかった時点で、積極的治療はせずに、緩和ケアを選択する事も多い。外来通院時(診療所・病院)、「生活・暮らしぶりの変化」に気づき、必要な支援の提供ができる看護ケアマネジメントが求められる。
- ② がん治療が提供されている段階から「暮らしを安定させるため」という視点を持つ。
- ③ 患者・家族のそれぞれの思いに寄り添い、「診断・治療期・最終段階」を包括的に支援

● 外来での関わりについては、p4「テーマ1」参照

● 「最期まで家で」をかなえた退院前カンファレンスのあり方→右頁へ



入院8日目の退院前カンファレンスで話し合われたこと

参加メンバー：妻・長男・ケアマネジャー(CM)・訪問看護師(C 医院併設)・病院主治医・病棟看護師・理学療法士・MSW

司会：MSW～それぞれの自己紹介後、病院(主治医・病棟看護師)より入院中の経過について説明～

妻 「本人は、とにかく早く家に帰りたいと言っています。家族もできる限りのことはしたい」

主治医 「本人は、入院前からできる限り家で過ごしたいとの意向をもっておられました。家で生活を送る上で特に制限はありません。ご本人と過ごす時間を大切にしてください」

訪問看護師 「緩和ケアに移行しているとの事ですが、痛みのコントロールはできていますか」

主治医 「今のところ、痛みはほとんどありません。今後痛みが出た場合は、C先生と相談し、必要に応じて処方してもらって下さい」

病棟看護師 「入院したころは、腹水が溜まり辛そうでしたが、何度か腹水を抜いたら少し楽になったようで、食欲も出て、自分で食べられます。排泄は、オムツを使用し介助が必要です」

理学療法士 「自宅退院に向けて、筋力トレーニングと端座位・立位訓練をしています」

MSW 「自宅退院後、急変時の対応はどのようになりますか」

妻 「夫の意向を尊重して、自宅で見守ってやりたいと思っています」

主治医 「幸吉さんのお気持ちを考えると、そうしてあげられたら良いのではないのでしょうか。呼吸が苦しくなっても、あわてて救急車を呼ぶことをせず、C先生に連絡して指示に従って下さい」

ケアマネ 「本人が少しでも安心して過ごせるよう、またご家族の負担が少しでも軽減できるようなプランを作成します。急なので、まずは介護ベッドなどの福祉用具を早急に整え、サービスについては必要に応じて考えていきます。医師の訪問診療と訪問看護が中心になります」

POINT

●訪問診療医C 医院の訪問看護師は参加していますが、医師同士が顔を合わせて、病状共有をする事が、家族への安心にもつながります。

●がん末期患者の場合は「訪問診療医」「訪問看護」「ケアマネジャー」は必須と考えて企画開催しましょう。

病棟看護師 「おうちでの介護は、ご家族でどのような体制でとっておられますか？」

長男 「しばらく仕事を休んで、父を見てやりたいと思っています」

医師 「先ほども伝えましたが、症状が急変した時などは取り乱すことなく、冷静に対応お願いします」

MSW 「カンファレンスで話したことを確認したいと思います。

幸吉さんは、直腸癌で肝臓に転移もあり、最期の時が近い状況であります。病状については、幸吉さんは理解されていますが、予後についてはご存知ありません。

POINT

●入院時、家族には予後について説明があったが、このカンファレンスでは確認する事ができていませんでした。ある程度の見通し、心構えをするという意味で、カンファレンスでの共有は必要です。

幸吉さんは、これまでも入院は望まぬ家で過ごす事を希望されていたという事、ご家族も最期まで家で過ごさせたいという思いもあり、おうちへ帰る事になります。今のところ痛みはありませんが、今後の症状により、在宅医と相談しながらサポートしていただきます。病院より在宅医への紹介状、リハビリ・看護のまとめたものをお渡します。皆様、本日はありがとうございました」

家族・在宅支援チームにインタビューしました!

●在宅医の言葉

退院日に、おうちに訪問して、初めてお会いしましたが、とても警戒した様子でしたね。「自分の意思は通させてもらおう」と言われて、ベッドの位置や食事もこだわりを持たれていました。家に帰られた事は、とても喜んでおられました。村の話、地域の話なんかをすると、徐々に心を開いてくださって「ありがとう」って言われたとき、安心しましたよ。

幸吉さんのように、かかりつけ医が在宅医療を提供しない場合、当院に依頼されることも多いのですが、関わる時間が短くて、その人の性格や大事にしている事、家族のこと、理解するのが難しいです。可能な限り早く、このような情報があると、関係性が作りやすいですね。

●訪問看護師の言葉

私達は、退院前カンファレンスで、幸吉さんに対して「清拭・陰部洗浄・オムツ交換・腸骨部そう処置」を提供させて頂く事になりましたが、私達のケアを拒否されることも多くて、怒鳴られることもありました。

ご家族は、幸吉さんが満足されることを一生懸命努力されてきましたね。コミュニケーションのとり方に困惑しながらですが、徐々に心を開いてくださいました。

●在宅で見守る家族(長男)の言葉

親戚や父の兄弟などは病院で死ぬのが常識との考えだったが、本人のためにどうしたら楽かを家族で考えたら、在宅となった。介護のことも考えベッドをレンタルしたが、よくベッドから降りてくれなくなったりしていた。食事、食べたいと言ったフグや持ち昆布など通販で頼み、一緒に食べた。病院ではできなかったと思う。亡くなる前日まで話をした。普段は、ここまで話できなかったと思う。父は、退院の時は良くなると思っていたが、家に帰って数日後水をあげようとした際、飲めなくて「もうあかん」と言ったのを覚えている。今振り返ると動けなくなってから、ベッドの上から自分が小さい時住んでいた水害で流された家のあたりをよく眺めていた。在宅で見守られて良かったと思う。看取る際、在宅医からどういう段階を経て亡くなるかを何度か説明されたので、慌てず対応できた。病院でも説明が欲しかった。

テーマ 4 若いがん患者の在宅希望をかなえ、葛藤する家族を、心身ともにサポートするには？

事例概要

華さん 20代 女性

疾患名：大腸癌

経過：外来で大腸癌と診断され手術。化学療法を受けながら通院治療をしていた。1年後卵巣に転移し手術。術後再度、化学療法を再開するが、がんが進行し本人と母親は主治医より、BSC移行の説明を受ける。華さんは在宅療養を希望。しかしキーパーソンの母親は、望みがある限り化学療法を継続し、1日でも長い延命を望む。母と娘、お互いの希望に相違が生じる。

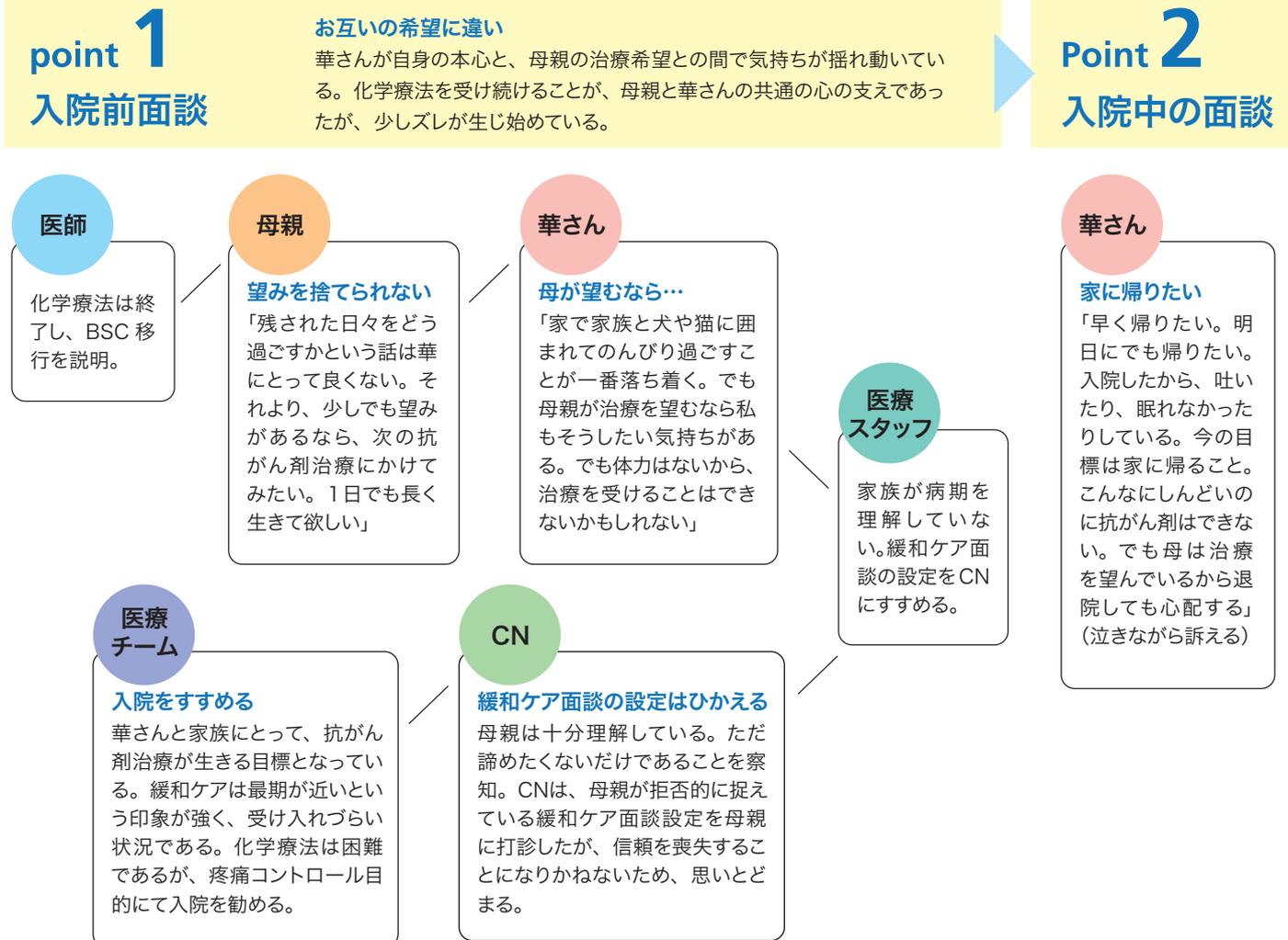
外来受診中より関わっていたCN(認定看護師)が、入院中にも母親、華さんへの面談を継続した。最終的には入院中に華さんと母親がお互い思いを表出し合い、母親が華さんの希望を受け入れた結果、在宅医療へつなげることになった。

人生最終段階の時期に、華さんが一番望んでいた自宅で家族やペットと共に過ごせる在宅での看取りができた。

家族状況：両親、兄、姉の5人暮らし

その他：ペットを可愛がっている 素直で従順な性格

この事例で重要となる3つのポイントと、患者、家族の心の動きとケアの働き



このケースから見た、家族ケアのあり方

若年のがん患者で、華さんと家族に残された期間の治療や療養に対する希望に相違があった。両者の意思決定の統一は困難であったが、CNが中心となり華さんを支援することで、結果的に華さんの望む在宅へつなぐことができた。しかし、キーパーソンである母親への支援は十分ではなかった。若年性のがんの場合、家族にとってわが子を失うことへの受容は容易なことではない。医師から十分な説明をうけ理解はしていても納得できないことがある。だから、医療者側はそのことを十分に理解して支援していかなければならない。

このケースでは、長期間の治療経過を理解している医療者が継続的に関わることで、華さんの思いの表出が可能となった。ただし、1人のCNがそれぞれ思いの違う患者と家族への支援を担うことは、一方を説得してしまうことになりかねない。支援する医療者側は役割を分担し、連携・調整を図りながら、それぞれの思いを軸に支援できる体制を整える必要がある。

このケースでの在宅移行と看取りの成果

自宅へ帰ることで、母親自身がケアに携わることができ、残された時間を娘の華さんとともに過ごすことができた。母親は実際にケアしていく中で、病状の進行を受け入れることができたのではないかと。



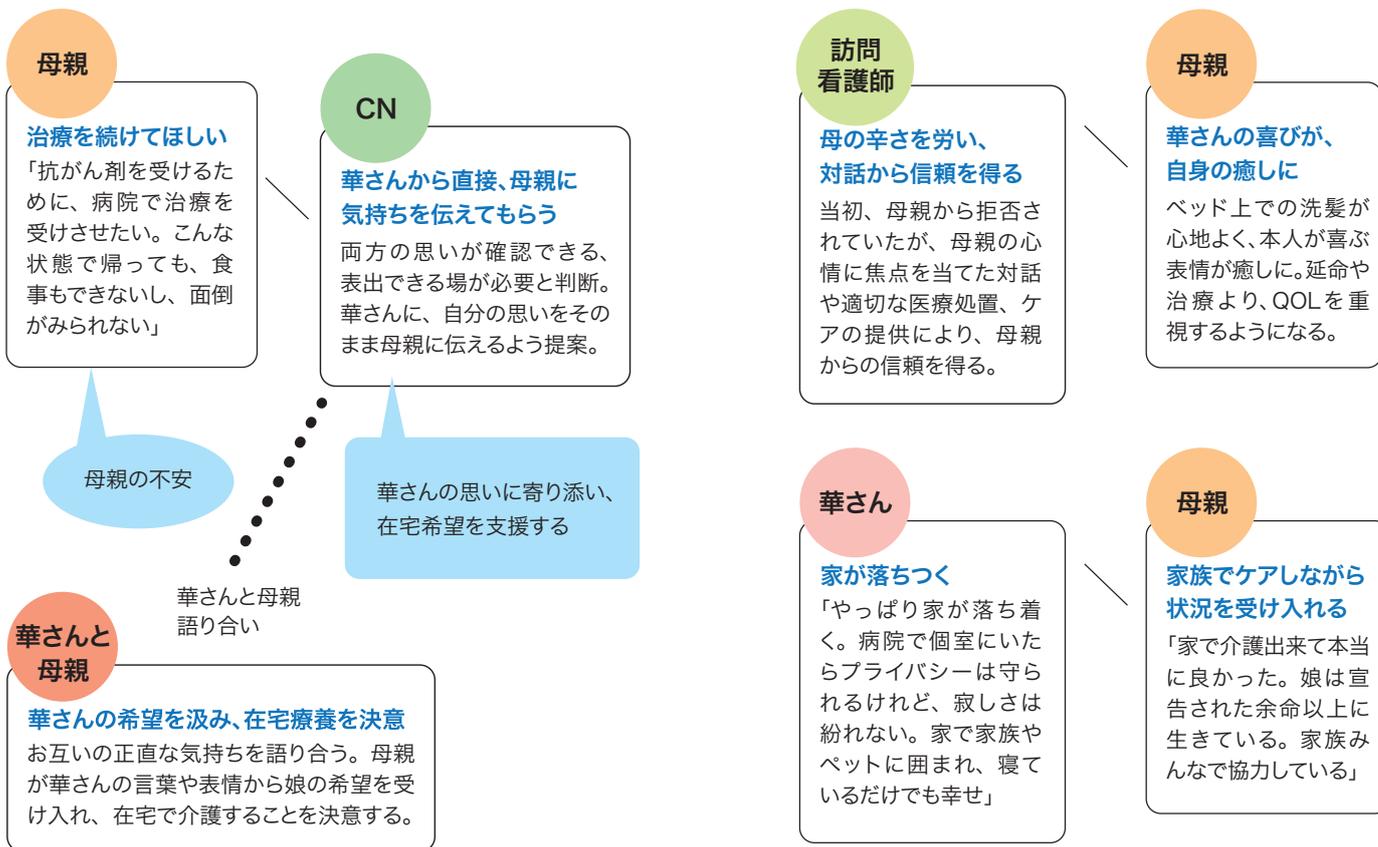
CNが患者を支援し在宅へつなげる

華さんの「治療をやめて自宅で過ごしたい」という思い、母親の「治療をあきらめない」という思いが明確になり、華さんの思いに添う支援をした。

Point 3 退院後

在宅で母親と共に

当初「退院」ということを、「病院から見放された」と母親は思っていたが、次第に状況を受け入れる。



ひとのいのちが持つ力

…ある在宅療養の風景

医療やケアだけでなく「住み慣れた家」もまた、患者さんにとって

最期まで自分らしく充実して過ごすための大きな力となるのです。

訪問看護ステーションの看護師と、ご家族が体験された、3つの事例を紹介します。

退院して、ケーキづくりに復帰。最期まで好きな仕事で輝く

賢さん（60代 男性） 洋菓子店経営、菓子職人

駅前でケーキ屋さんを開業していた賢さんは、胃癌で手術や抗がん剤など、5年間治療を受けていましたが、通過障害を起こして入院となり、なげやりになり治療を拒否。看護師にあたりちらしていました。高カロリーの輸液を入れたいが、「癌に餌やるみたいでいやや!」と拒否。処置が出来ずに体力が落ち、このままでは衰弱してしまうという状態でした。

主治医より「家に帰る方向に持っていきたい」と訪問看護ステーションに相談があり、ICがあるときに面談することになりました。主治医は賢さんに「これ(高カロリーの輸液)して、家に帰ってケーキ焼いたらどうや!」と声をかけ、この言葉に、うつむいていた賢さんの顔が上がりました。賢さんのケーキ屋さんをよく利用していた訪問看護師が「賢さんのケーキ、また食べたいです!」と言うと、荒れていた賢さんが笑顔になりました。

主治医はこのタイミングを逃さずに、すぐにIVH挿入を鎖骨下から行い、次の日には高カロリーの輸液を開始。3日後には退院となりました。賢さんには糖尿病があり血糖のコントロールが困難なため、持続ポンプを利用することにしました。

家に帰って店先に座り、店の様子を眺めることで、沈んでいた賢さんに活気が出て、一週間ほどでケーキ屋さんを再び開けることが出来ました。訪問看護師が訪問の日以外にも、ケーキを買いに出向いて行くと、生き生きと働く賢さんの姿がそこにありました。

「甲子園に野球を観に行きたい!」

この希望を叶えるために、ポンプと輸液の入るベストを購入してもらい、観戦することができ、賢さんの満面の笑顔も見ることができました。在宅移行してから亡くなられるまでの約2か月、賢さんは、やりたかったことを満喫し、楽しく生活をおくれたのではないのでしょうか。



家での最期の日々
母親として「生きる力」を子供たちに見せた、

綾さん (40代 女性) 2人の子供を持つ主婦

肺癌で3年間治療してきた綾さんでしたが、頸部に転移があり、静脈を圧迫して顔面に浮腫がでてきて、気道の方にも圧迫が始まり、もう時間が無いことが本人に説明されました。危険な状態でしたが、「家に帰りたい、子供たちといたい」と希望され、退院になりました。二人の子供はこの時初めて、母親の病状を知り、大声で泣き、受け入れられなかったようです。

綾さんは母親であることで子供たちに生きていく力を見せようとしてされていました。

ほとんど食事が入らない状態でしたが、夜間に点滴を入れて、朝は早く起き、お弁当を作り、子供たちを学校に送り出し、夕方は宿題をみたり、お話をしたりと、子供たちとの時間を大切にされていました。

退院時の車のなかでも息が止まるかも知れないと言われているようなギリギリの病状だったにもかかわらず、「家で子供たちとすごしたい、母でありたい」という思いで、8週間過ごすことができました。最後の一週間は、呼吸苦が出現して、苦痛そうな綾さんの姿を家族が見守ることで、子供たちは母の死を受け入れることが出来たようです。

亡くなられたときにも、家族が体を清めて、服を選び、着替えをして、見送ることができました。



愛犬コロが支えてくれた、おうちでの療養
長女が見た、母と人生の相棒との、在宅での最期

清子さん (70代 女性) 愛犬家の主婦

一人で元気に暮らしていた母が、「おなかの調子が悪い」と病院にいったからの2年間は、長いような短いような時間でした。「大腸癌」と先生から言われたときも、心配する私を「大丈夫やから」と励ましていた母でした。

つらい治療も、病院に通う事も、頑張っていたのは、人生の相棒の愛犬コロがいたから。コロも老犬でしたから、「私が先に逝くわけにはいかん」と、頑張っていました。迷子にならないように赤い首輪を買い、住所と名前を書いていました。これが、コロへの最後のプレゼントになってしまいました。

母は、「最期まで家がいい」と、在宅看護を希望しました。痛みがあったので、5日間入院し、病院の看護師さんが、家に来てくれるお医者さん、訪問看護師さん、ヘルパーさんやベッドの調達なども整えてくれました。

家に帰って、いつものように仕事に行く私を「いっといで」と送ってくれました。

そして、コロに見守られて、3日目の朝、息を引き取りました。

コロは、母が帰ってくると思っているのか、家から離れようとしません。

「留守番してるよ」と母に言ってるのかな。

亡くなる1週間前まで、自分の事はすべてやっていた母。私もお母さんに負けないように頑張っていくね。



思いをつなぐシート(記入例)

記入日:平成 28 年 2 月 17 日

機関名
訪問看護ステーション〇〇 様

機関名:〇 〇 総合病院 連絡先:07〇〇-4〇-4〇11

担当者: 田〇 〇子 (所属部署) 外来

I 本人の基本情報

情報を提供したい
施設名

氏名 京都 一郎 (男・女) (78 才)

介護保険: 未申請 ・ 申請中

住所 宇治市〇〇 (TEL) 4〇-〇〇77

介護認定: 要支援 1・2

病名 大腸癌

要介護 1・②・3・4・5

主治医 〇木 〇弘 ケアマネージャー 〇中 美〇子 (所属: 〇〇総合病院)

該当に 通院中 最終通院日 年 月 日 入院中 入院H28年1月7日~28年2月22日(退院予定)

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師説明	受け止め・思い(当事者の言葉で表現)	これからどのようにしたいのか
本人	CTの結果、腫瘍が大きくなっています。化学療法の効果が期待できないので、化学療法は中止します。今後は緩和ケアで症状緩和をしていきましょう。 (同席者:看護師〇〇 2月1日)	抗がん剤ができなくなったことは、もうだめってことですね。緩和ケアは、最後の治療でしょ。結局、見捨てられたんですね。 (2月3日)	早く退院して、家に帰りたい。できるだけ家にいて妻と一緒に過ごしたい。 在宅看取り希望(有・無・未)
家族 (聞いた人)	CTの結果、腫瘍が大きくなっています。これ以上、化学療法をしても効果がないので中止します。予後は3か月と思われます。今後は緩和ケアで症状緩和をしていきます。ご家族で今のうちにできることを考えてください。(2月1日妻に説明)	抗がん剤が効かなくなったのなら、仕方がないですね。今まで抗がん剤ができるから頑張ってたので主人はショックを受けてると思います。これからだんだん動けなくなってくるんですね。 (2月4日)	主人の好きなことをして、住み慣れた家で思うように過ごして欲しい。私もできる限り家で主人をみてあげたいと思っています。 在宅看取り希望(有)・無・未

III 説明概要

末期 がん告知 (未・済) / 誰に 本人・妻) 予後の告知 (未・済 / 誰に 妻)

IV 本人状況 (該当する欄に、必要事項は記入)

A 生活支援 の必要性 (内容:介助者 予定も含む)	食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: 介助者:)
	排 泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: 介助者:)
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ (内容: 介助者:)
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容:浴槽につかる時に見守り必要 介助者: 妻)
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: 介助者:)
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容:ズボンをはく時に見守り必要 介助者: 妻)
B 医療処置 の必要性 (可能なら余白 部分に誰に指 導したか記載)	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻	
	<input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外を含む)	
C 介護の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬 <input checked="" type="checkbox"/> 麻薬の管理(妻) <input type="checkbox"/> その他() (本人・妻) 誰に指導したかを記入する	
	疼痛コントロールのため、定期的な麻薬の服用と疼痛増強時の麻薬の服用の管理。 CVポートからの点滴の管理。トラブル時の対応。 現時点で想定できる問題を記載する	

IV. サービスの利用希望

在宅医 薬局 訪問看護 福祉用具 訪問入浴 訪問介護
訪問リハ その他()

V. 看護職へお願いしたいこと

ベッドで臥床されていることが多いので、褥瘡の発生に注意をしてください。

上記以外で伝えたいこと、
配慮して欲しいことを記載する

VI キーパーソン 氏名(京都花子) 続柄(妻) 電話番号(0700-4〇-〇〇77)

家族構成: 独居・同居(あり) 妻

同居ありの場合、続柄
を記載する

思いをつなぐシートの目的

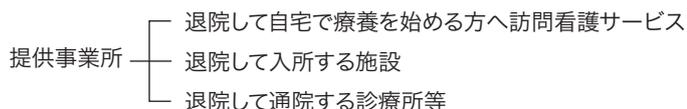
「思いをつなぐシート」は、がん患者の在宅療養移行に際して、本人や家族の療養生活への思いを在宅及び施設等で支援する看護者につなぐこと。そして、本人はもとより家族が残された日々をその人らしく送れるよう支援することを目的とします。

(全ての項目を聴きだすことは難しいことで、最初は聴ける範囲からすすめて下さい。)

シートへの記載方法

機関名

情報を提供したい施設名



提供者

機関名、氏名、連絡先等所在を明確に記載してください。

I 本人の基本状況

氏名、性別、年齢、住所、病名、主治医を記載する。

介護保険の申請や認定状況について該当箇所に○を付ける。ケアマネージャーがいる場合は氏名と所属を記載する。現在通院中か入院中かをチェックし、該当の年月日を記載する。

II 医師説明と本人・家族の受け止め、今後の療養への思い

それぞれの欄に該当内容を記載する。(出来るだけ当事者のことばで表現する)いつの時点の思いなのかわかるよう日付を記載する。医師の説明の時、同席者(家族、○看護師等)を記載する。

家族欄の「直近の医師説明」では本人とは別に家族のみに説明があった場合に記載する。

「これからどのようにしたいか」の欄に在宅看取りの希望の有無について確認する。

III 説明概要

医師の説明で本人もしくは家族のみががん末期であるとの説明があった場合□に✓をつける。

本人にがん及び予後の告知はされているのか。該当に○を付ける。予後の告知は誰にされているかを記載する。

IV 本人状況

A 生活支援の必要性

各項目について該当の□に✓をつけ、介助内容及びそれを誰が担っているのか記載する。

B 医療処置の必要性

該当項目の□に✓をつけ、余白に誰に指導したかを記載する。(わかる範囲内で記載)

C 介護の問題

現時点で想定できる問題を記載する。

IV サービスの利用希望

該当項目の□に✓をつける。

V 看護職へお願いしたいこと

上記以外で伝えたい、配慮して欲しいこと等を記載する。

VI キーパーソン

氏名や続柄、連絡先を記載し、家族構成には独居かどうか、同居ありの場合 続柄を記載する。

次のページに、コピーして使える「思いをつなぐシート」を掲載しています。ご活用下さい

思いをつなぐシート

記入日:平成 年 月 日

機関名 様



機関名: _____ 連絡先: _____
 担当者: _____ (所属部署)

I 本人の基本情報

氏名 _____ (男・女) (才) 介護保険: 未申請 ・ 申請中
 住所 _____ (TEL) 介護認定: 要支援 1・2
 病名 _____ 要介護 1・2・3・4・5
 主治医 _____ ケアマネージャー _____ (所属: _____)
 該当に 通院中 最終通院日 年 月 日 入院中 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院予定)

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師説明	受け止め・思い(当事者の言葉で表現)	これからどのようにしたいのか
本人	(同席者 月 日)	(月 日)	(月 日) 在宅看取り希望(有・無・未)
家族 (聞いた人)	(月 日)	(月 日)	(月 日) 在宅看取り希望(有・無・未)

III 説明概要

末期 がん告知 (未・済) 予後の告知(未・済/誰に _____)

IV 本人状況 (該当する欄に✓、必要事項は記入)

A 生活支援 の必要性 (内容:介助者 予定も含む)	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____)
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____)
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ (内容: _____)	介助者: _____)
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____)
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____)
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____)
B 医療処置 の必要性 (可能なら余白 部分に誰に指 導したか記載)	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外を含む) <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	C 介護の問題		
		
		

IV. サービスの利用希望

在宅医 薬局 訪問看護 福祉用具 訪問入浴 訪問介護
訪問リハ その他(_____)

V. 看護職へお願いしたいこと

.....

VI キーパーソン 氏名(_____) 続柄(_____) 電話番号(_____)
 家族構成: 独居 ・ 同居あり(_____)

京都 山城地区 ～在宅へつなぐ施設リスト～

訪問看護ステーション

宇治市	郵便番号・所在地	電話番号	FAX番号
栄仁会訪問看護ステーションおうばく	611-0011 宇治市五ヶ庄戸ノ内7番地の25	0774-31-6464	0774-31-6528
社会医療法人岡本病院(財団)訪問看護ステーションひまわり	611-0025 宇治市神明石塚54番地の18	0774-46-1711	0774-46-2213
医療法人仁心会訪問看護ステーションうじがわ	611-0042 宇治市小倉町老ノ木31	0774-20-7941	0774-20-7941
医療法人徳洲会宇治徳洲会訪問看護ステーション	611-0041 宇治市槇島町石橋145	0774-20-3222	0774-20-3222
医療法人社団一心会訪問看護ステーション とくら	611-0021 宇治市宇治山本27番地	0774-22-4520	0774-22-4520
医療法人和松会訪問看護ステーション「まごころ24」	611-0001 宇治市六地藏奈良町9番地	0774-33-1721	0774-33-1708
一般社団法人宇治久世医師会訪問看護ステーション	611-0021 宇治市宇治戸の内32-2 ユニチカ社員倶楽部内	0774-24-2840	0774-24-2840
有限会社 メンタルサポーター	611-0011 宇治市五ヶ庄寺界道80番地	0774-33-8578	0774-32-8590
訪問看護ステーション 絆	611-0002 宇治市木幡西浦34番地4	0774-66-1795	0774-66-1796
ケア・アルファ訪問看護ステーション	611-0011 宇治市五ヶ庄新開9-1 宇治アロームI 103号室	0774-33-8914	0774-66-5262
訪問看護ステーションふくろう	611-0041 宇治市槇島町大川原35-5	0774-25-2050	0774-25-2160
宇治病院 訪問看護ステーション	611-0011 宇治市五ヶ庄芝ノ東28-3	0774-32-7007	0774-32-7036
訪問看護ステーション ハロ	611-0033 宇治市大久保町平盛28-9 ノースヒルズ101号室	0774-41-1225	0774-41-1245
訪問看護 はーとステーション	611-0031 宇治市広野町中島33-2 コージースクエア・広野207号	0774-66-7770	0774-66-7771
城陽市			
医療法人正信会 訪問看護ステーションゆりかご	610-0121 城陽市寺田垣内後43番地の10	0774-56-6730	0774-56-6731
(6月中旬まで)公益社団法人京都府看護協会京都訪問看護ステーション	610-0113 城陽市中芦原11	0774-54-7273	0774-54-7275
医療法人啓信会訪問看護ステーションきづ川はろー	610-0101 城陽市平川西六反46番地1	0774-52-0086	0774-52-2016
京田辺市			
医療法人社団 石錠会 訪問看護ステーション やすらぎ	610-0313 京田辺市三山木高飛35-1 サザンルネス三山木1階A-2号室	0774-63-5276	0774-63-5523
栄仁会訪問看護ステーション京たなべ	610-0361 京田辺市河原受田46番1	0774-68-4086	0774-68-4086
緩和ケア訪問看護ステーション架け橋	610-0313 京田辺市三山木柳ヶ町17番4	0774-63-0331	0774-63-0342
(6月中旬から)公益社団法人京都府看護協会京都訪問看護ステーション	610-0311 京田辺市草内中垣内21番地の2	0774-68-1810	0774-68-1812
木津川市			
(医)健和会訪問看護ステーションいずみ	610-0222 木津川市相楽城下100-1	0774-73-0169	0774-73-3279
栄仁会訪問看護ステーションそららく	619-0214 木津川市木津上戸60-1 吉田ビル2階	0774-72-1211	0774-72-1211
訪問看護ステーション「スターライフ」	619-0221 木津川市吐師野間11-1	0774-73-4880	0774-73-4882
訪問看護ステーションあじさい	619-1154 木津川市加茂町駅東4丁目1番地3	0774-76-0234	0774-76-8461
訪問看護ステーションこころ	619-0222 木津川市相楽城西71番地1 クリサンティヒル山田川216号	0774-66-4704	0774-66-4704
綴喜郡			
訪問看護ステーションかおり	610-0255 綴喜郡宇治田原町大字郷之口小字本町10番地1	0774-88-6451	0774-88-6452
相楽郡			
訪問看護ステーション笑	619-0241 相楽郡精華町祝園一丁目15番地4	0774-26-2018	0774-26-5040
久世郡			
医療法人八仁会「あおぞら」訪問看護ステーション	613-0043 久世郡久御山町島田堤外31番地の24	075-631-8860	075-631-8986
八幡市			
医療法人社団医聖会訪問看護ステーション 梨の里	614-8036 八幡市八幡柿木垣内25-1	075-982-0125	075-982-0208
美杉会訪問看護ステーション男山	614-8366 八幡市男山泉19	075-972-2661	075-972-2661
八幡市訪問看護ステーションやまばと	614-8365 八幡市男山金振24番地1	075-982-8000	075-982-8899

病院・介護施設等

宇治市	連携先部署名	郵便番号・所在地	電話番号	FAX番号
宇治おうばく病院	看護部長室	611-0011 宇治市五ヶ庄三番割32-1	0774-32-8111	0774-31-1366
第二岡本総合病院(5月～久世郡に移転:京都岡本記念病院)	看護部	611-0025 宇治市神明石塚54-14	0774-46-5803	0774-44-7159
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院	看護部	611-0011 宇治市五ヶ庄芝ノ東54番地の2	0774-32-6000	0774-32-6147
宇治武田病院	看護部長室	611-0021 宇治市宇治里尻36-26	0774-25-2057	0774-24-7567
医療法人社団 一心会 都倉病院	地域連携室	611-0021 宇治市宇治山本27	0774-22-4521	0774-20-3987
医療法人 仁心会 宇治川病院	地域連携室	611-0042 宇治市小倉町老ノ木31	0774-22-1335	0774-20-7790
宇治徳洲会病院	看護部	611-0041 宇治市槇島町石橋154-1	0774-20-1111	0774-20-2336
社会福祉法人 京都愛心会 特別養護老人ホーム 宇治愛の郷	(施設長)	611-0041 宇治市槇島町石橋151番地	0774-21-0005	0774-21-0025
城陽市				
独立行政法人国立病院機構 京都府病院	地域連携室	610-0100 城陽市中芦原11	0774-52-0065	0774-55-2765
医療法人 啓信会 京都きづ川病院	看護部長室	610-0101 城陽市平川西六反26-1	0774-54-1111	0774-54-1119
医療法人 正信会 ほうゆう病院	地域連携室	610-0121 城陽市寺田垣内後43番地の4	0774-53-3505	0774-56-1525
あそかビハーラ病院	看護課	610-0116 城陽市奈島下ノ畔3-3	0774-54-0120	0774-54-0121
NPO法人 水度坂友愛ホーム	寺田ケアセンター	610-0121 城陽市寺田乾出北45番地	0774-56-1950	0774-56-1955
京田辺市				
医療法人社団石錠会 田辺中央病院	看護部	610-0334 京田辺市田辺中央六丁目1-6	0774-63-1111	0774-63-2363
医療法人社団石錠会 田辺記念病院	看護部	610-0313 京田辺市田辺戸絶1番地	0774-63-1112	0774-63-2535
社会福祉法人 やすらぎ福祉会	看護課	610-0315 京田辺市同志社山手二丁目1番2	0774-68-5800	0774-68-5801
木津川市				
京都山城総合医療センター	看護部	619-0214 木津川市木津駅前一丁目27番地	0774-72-0235	0774-72-2155
相楽郡				
精華町国民健康保険病院	看護部	619-0241 相楽郡精華町祝園砂子田7番地	0774-94-2076	0774-93-2818
学研都市病院	看護部	619-0238 相楽郡精華町精華台7-4-1	0774-98-2123	0774-98-2119
高齢者総合福祉施設 神の園 特別養護老人ホーム 神の園	医務室	619-0243 相楽郡精華町南稲八妻笛竹41	0774-93-4125	0774-93-2305
久世郡				
介護老人保健施設 ひしの里	看護部	613-0031 久世郡久御山町佐古内屋敷81-1	0774-43-2626	0774-43-2627
京都岡本記念病院(旧:第二岡本総合病院)	看護部	613-0034 久世郡久御山町佐山西ノ口58番地	0774-48-5578	0774-44-7159
八幡市				
社会医療法人 美杉会 男山病院	地域医療連携室	614-8366 八幡市男山泉19	075-983-0076	075-983-0091
京都八幡病院	地域連携室	614-8114 八幡市川口別所61	075-971-2001	075-983-0185
みのやま病院	看護部	614-8294 八幡市欽明台北4-2	075-983-1201	075-874-5300

【作成者】

在宅療養地域推進会議委員

2020年3月現在

宇都宮宏子	在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表
小河 陽子	医療法人啓信会 京都きづ川病院 副院長 看護部長
山本富美代	医療法人啓信会 京都きづ川病院 看護次長
竹内 芳子	京都山城総合医療センター 副看護部長
塚本 美晴	医療法人医仁会武田総合病院 看護部長
高山 知子	宇治武田病院 地域医療連携室看護師
岩田 裕花	京都岡本記念病院 看護部長
田村 美子	京都岡本記念病院 師長 がん化学療法看護認定看護師
大河 治子	近江草津徳洲会病院 看護部長
濱戸真都里	緩和ケア訪問看護ステーション架け橋 緩和ケア認定看護師
金澤 克枝	株式会社絆 訪問看護ステーション 管理者
高橋 由美	医療法人社団一心会訪問看護ステーションとくら 管理者
奥西 美江	公益社団法人京都府看護協会 南京都訪問看護ステーション 管理者
田中 涼子	個人
岡山 寧子	同志社女子大学 看護学研究科長 看護学部長

【協力者】

京都府山城北保健所

京都府山城南保健所

【事務局】

長谷川泰子 公益社団法人京都府看護協会 副会長

辻村 美春 公益社団法人京都府看護協会 常任理事

【発行元】

公益社団法人京都府看護協会

在宅療養を支える体制整備事業事例集

2016年3月 初版発行

2017年3月 第2版発行

2020年3月 第3版発行

発行 公益社団法人 京都府看護協会

編集 沢田 眉香子

印刷 株式会社ティ・プラス



公益社団法人 京都府看護協会

〒606-8111 京都市左京区高野泉町40-5

TEL 075-723-7195

<http://www.kyokango.or.jp>