

「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」

最終報告書

～在宅緩和ケアコーディネーターの配置と
活動の拡充のための提案～

平成 29 年 8 月

広島県健康福祉局
広島県緩和ケア支援センター
地域在宅緩和ケア推進協議会

目 次

1	はじめに	1
2	広島県の在宅緩和ケアの目指す姿	1
3	「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割	2
4	モデル事業の実施状況と 在宅緩和ケアコーディネーターの活動	3
5	在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果と評価	5
6	明らかになった在宅緩和ケアの課題と取組み方策	6
7	(まとめ) 在宅緩和ケアコーディネーターの配置と 活動の拡充のための提案	7
8	おわりに	9
【資料】		
資料 1	在宅緩和ケア推進事業の経過	10
資料 2	各地区の取組み概要	11
資料 3	地域在宅緩和ケア推進協議会 要領・委員名簿・開催状況	12
資料 4	在宅緩和ケア推進事業に関する確認表の状況	15
資料 5	在宅緩和ケアに関する意見聴取の結果	16
資料 6	在宅緩和ケアコーディネーター（広島がんネット）	17
資料 7	がんの在宅緩和ケアの特徴	18
【各地区の実践報告書】		
1	J A 広島総合病院	21
2	東広島地区医師会	36
3	広島市立安佐市民病院	59
4	市立三次中央病院	83
5	福山市医師会	96
6	呉市医師会	114
7	三原市医師会	131

「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」最終報告書

～在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案～

平成 29 年 8 月
広島県健康福祉局
広島県緩和ケア支援センター
地域在宅緩和ケア推進協議会

1 はじめに

「第 2 次広島県がん対策推進計画（平成 25 年 3 月策定）」において、医療・介護・福祉を具体的に つなぐ機能の充実を図るため、県内各地域の実状に応じて、緩和医療と介護等サービスを調整する役割を担う「在宅緩和ケアコーディネーター」を配置することが明記された。この取組みを進めるため、平成 25 年度に、広島県緩和ケア支援センターの事業として、「在宅緩和ケア推進事業」を立ち上げた。

「在宅緩和ケア推進事業」は、モデル地区において、在宅緩和ケアコーディネーターを配置し、医療・介護・福祉を具体的に つなぐ活動の実践（地域在宅緩和ケア推進モデル事業）と、全県での在宅緩和ケアコーディネーターの活動の仕組みづくりと普及のための検討等を行う検討会議（地域在宅緩和ケア推進協議会）を主な事業内容とした。

取組開始から 3 年目の平成 28 年 3 月には、モデル事業に取り組んだ 2 地区（広島西圏域の J A 広島総合病院と、広島中央圏域の東広島地区医師会）の実践結果について中間報告を行った。

そして、平成 29 年 3 月末をもって、県内 7 つの全二次保健医療圏域内の地域で地域在宅緩和ケア推進モデル事業（以下「モデル事業」という）の実施が終了したので、全てのモデル地区の実践と成果を踏まえた「在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案」として最終報告を行う。

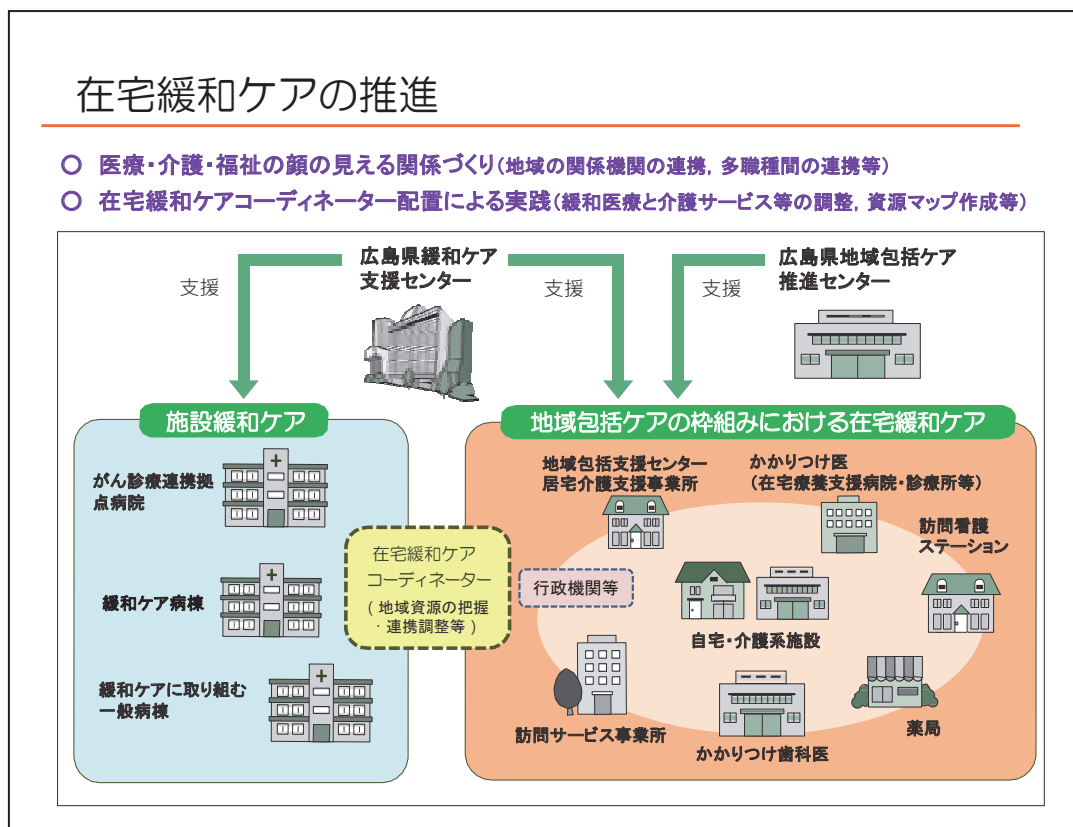
2 広島県の在宅緩和ケアの目指す姿

《第 2 次広島県がん対策推進計画（平成 25 年 3 月策定）における緩和ケアの目指す姿》

- がんと診断された時から、希望する場所で、全てのがん患者とその家族が、適切な緩和ケアを受けられる体制が整っている。
- “がんと共に”自分らしく生きるための地域における療養体制ができている。

この目指す姿の実現に向け、平成 25 年度から在宅緩和ケアについては、適切な医学管理が必要ながんの特性を踏まえた病院等での施設緩和ケアと、地域包括ケアの枠組みの中で提供されている在宅緩和ケアをつなぐ在宅緩和ケアコーディネーター配置の取組みを始めた。

図1 在宅緩和ケアの推進体制のイメージ図



3 「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割

平成 25 年度の事業開始時に、「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割を、図 2 のとおり定めた。

図2 「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割

がんの在宅緩和ケアにおいては、その医学的、社会的な特徴を十分踏まえ、病状の急速な悪化や症状マネジメントへの配慮が必要である。

地域包括ケアシステムは、疾患を限定せず一定の地域内の医療・介護・福祉の提供体制の包括的な構築を目指しており、がんの在宅緩和ケアでは、がん診療連携拠点病院（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）や緩和ケア病棟という専門的緩和ケア提供施設の機能を十分に活用した体制構築が必要である。

在宅緩和ケアコーディネーターは、緩和ケアと地域包括ケアの両方の視点を持ち、地域の課題や特徴・強みを踏まえて活動することを基本とする。

【期待する役割】

拠点病院等の治療病院と在宅医療の相互連携、多職種間の連携、医療と介護の連携を図り、各患者に必要な地域・在宅における緩和ケアと介護サービス等の調整を行うことを役割とする。

<p>(1) 地域の体制構築機能</p> <p>① 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の運営</p> <p>② 事例検討会等の開催</p> <p>③ 在宅緩和ケア資源マップの作成・活用・更新管理等</p>	<p>(2) 現場機能</p> <p>① 患者・家族の相談に対応</p> <p>② 医療・介護・福祉関係者の相談に対応</p> <p>③ 病院と在宅、医療と介護間の調整</p>
---	--

4 モデル事業の実施状況と在宅緩和ケアコーディネーターの活動

モデル事業の実施内容は、①在宅緩和ケアコーディネーターの配置②地域ネットワーク会議の実施③地域資源マップの作成④地域連携パス等の検討の4項目を基本とし、実施期間を2年間とした。各圏域の在宅緩和ケアコーディネーター配置施設及び活動エリア・活動の特徴は表1のとおりであり、配置施設の類型により、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という）配置型と地区医師会配置型に分けることができた。

類型別の地域ネットワーク会議や地域資源マップ作成等の各事業実施概要と特徴は、表2のとおりであった。

在宅緩和ケアコーディネーターに期待した役割の(1)体制構築機能と(2)現場機能については、表3のとおり、在宅緩和ケアコーディネーターと配置施設の担当医師や事務担当者等が役割分担しながら進められた。在宅緩和ケアコーディネーターの職種は、看護師と社会福祉士等が約半数ずつで、ひとつの地域で両方の職種が従事するケースが多かった。両職種が従事することで、各職種の援助技術の違いを生かしたより広い視点を持った活動につながった。

表1 モデル事業の実施状況（在宅緩和ケアコーディネーター配置）

類型	配置施設 (圏域)	在宅緩和ケアC○ 【所属】職種(人数)	主な 活動エリア	活動の特徴
拠点病院 配置型	J A 広島総合病院 (広島西)	【医療相談室、訪問看護ステーション】 社会福祉士(1) 緩和ケア認定看護師(1)	廿日市市	◆地区医師会が支援している8職種による多職種連携の会「廿日市市五師士会」のネットワークと連携した取組
	広島市立 安佐市民病院 (広島)	【地域連携室、緩和ケアチーム兼任】 緩和ケア認定看護師(1)	広島市のうち 安佐南区 安佐北区	◆院内緩和ケアチームと地域連携室による、診断時から在宅までの継続した取組(病状告知の同席・病棟ラウンド～退院支援調整～退院後の連絡窓口)
	市立三次中央病院 (備北)	【緩和ケアチーム】 緩和ケア認定看護師(1)	三次市 庄原市	◆院内緩和ケアチームのアウトリーチによる在宅医へのコンサルテーション等、院内活動を院外・地域活動へ拡大した取組
地区医師会 配置型	東広島地区医師会 (広島中央)	【地域連携室】 訪問看護認定看護師(1)	東広島市	◆地域包括ケアを視点に、地区医師会地域連携室が関係機関へ積極的にアウトリーチし、関係者・関係機関を横断的に結んだ取組
	福山市医師会 (福山・府中)	【地域の往診専門診療所 (3施設)】 社会福祉士(1) 看護師(2)	福山市	◆関係者の在宅勉強会を基盤に、地区医師会を調整役とした在宅専門医療機関の協働による取組
	呉市医師会 (呉)	【地域の拠点病院(3施設)】 社会福祉士(2) 看護師(1)	呉市	◆地区医師会を調整役とした、地域内の3拠点病院のがん相談・地域連携室の連携による取組
	三原市医師会 (尾三)	【地域の病院(9施設)】 社会福祉士等(8) 看護師(9)	三原市	◆地区医師会を先導役とした、地域包括ケア・行政と一体的な体制の中での取組 ◆市内9病院連携による取組

表2 配置類型別の各事業の実施概要・特徴

事業	拠点病院配置型	地区医師会配置型
相談対応	在宅緩和ケアコーディネーターが配置されている部署（地域連携室・がん相談、緩和ケアチーム）において相談対応。	4か所のうち2施設が医師会内に在宅緩和ケアコーディネーターによる相談窓口を設置し、2施設が在宅緩和ケアコーディネーターのいる病院内で相談対応。
地域ネットワーク会議	全体的に、市町行政担当者の参加のしにくさを感じられた。	拠点病院からの参加を得ることで、これまでにならぬつながりが持てた。
地域資源マップ作成	東広島地区医師会作成のマップの内容を標準項目とし、他の地区は、標準項目を参考に元々の取組み等も考慮して作成。	地域包括ケアで既に作成されている当該市のマップを基本に、緩和ケアの内容を充実する等、地域包括ケアの取組みと協働したマップを作成。
	医師会等の各関係機関の協力を得て、自ら調査し作成。 作成後に、地域包括ケアで作成される市町のマップと統合する動きも一部でみられた。	
地域連携バス等の検討	医師会との連携の中で、病院から退院時の地域連携パスや患者手帳の作成に取り組んだ。	病院と在宅医療の情報交換を行う連携シートの作成に取り組む、患者の療養に必要な情報が双方に伝わるツールができた。

表3 期待した役割に対する取組み体制

	内容	取組み体制
体制構築機能	① 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の運営	在宅緩和ケアコーディネーターと担当医師を中心に内容や実施方法を検討し事務担当の協力により実施
	② 事例検討会等の開催	
	③ 在宅緩和ケア資源マップの作成・活用・更新管理等	
現場機能	① 患者・家族の相談に対応	在宅緩和ケアコーディネーターが相談対応と必要な調整を実施
	② 医療・介護・福祉関係者の相談に対応	
	③ 病院と在宅、医療と介護間の調整	ネットワーク会議等で出た課題や取組み方針に従って、在宅緩和ケアコーディネーターが、実際の訪問や連絡調整を実施

拠点病院配置型と地区医師会配置型の両方の在宅緩和ケアコーディネーターの主な共通点は、地域の医療介護の資源の把握と患者の意思を聞きその意思に沿った療養支援体制づくりを進めることだった。

緩和ケアと介護サービス等をつなぐという目的は同じでもその方法は異なっていた。拠点病院配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、がん治療・緩和ケアの専門機関として、診断時からの緩和ケアが提供できる病院内の体制づくりと緩和ケアチーム・地域連携室の活動を地域の住民や従事者へ広げること等の方法により取り組んだ。一方、地区医師会配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域包括ケアシステムをもう一つの基盤に、基本的緩和ケアの提供者である在宅医療・介護の従事者から近い立場で相談を受け、拠点病院等専門的緩和ケアへの連携窓口と双方が直接に連絡を取りやすくなる橋渡しを行った。

(注)1 「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和を図ることである。

2 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識に加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応することである。

(緩和ケア専門委員会報告書より抜粋)

5 在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果と評価

在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果及び類型別のメリット・デメリットを表4に示した。なお、表1、表2、表3、表4の内容及び次項の在宅緩和ケアの課題については、モデル事業実施施設の担当者や関係者による「在宅緩和ケアモデル事業に関する確認表」(資料4参照)による自己評価と、それに基づく各地域への意見聴取(資料5参照)の結果等から評価検討した。

表4 在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果及び類型別のメリット・デメリット

活動の成果	類型	メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"> ●関係機関の多職種間で顔の見える関係づくりが進んだ。 ●関係者間で地域の課題を共有できた。 ●拠点病院での在宅緩和ケアに対する取り組みが充実し、地区医師会との具体的な連携が進んだ。 ●拠点病院と在宅スタッフ間で、個別事例等の連絡が取りやすくなった。 	拠点病院配置型	<ul style="list-style-type: none"> ・国のがん対策の施策の流れに沿った展開ができる。 ・専門人材が確保しやすい。 ・組織が安定しており、事業継続がしやすい。 ・拠点病院緩和ケアチーム等の専門的緩和ケアと一体的な活動ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護の関係機関・関係者とのつながり、地域包括ケア(市町行政)との関係が弱い。 ・組織横断的な活動が展開しにくい。
	地区医師会配置型	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の制度に縛られず、地域特性に応じた独創的な活動が展開できる。 ・かかりつけ医や在宅医との連携が取りやすい。 ・地域包括ケア(市町)との連携が取りやすく、市町の地域包括ケアシステム構築事業の枠組みの中で一体的に取り組むことも可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・組織の体制が不安定で、事業継続が難しい。 ・人材確保が難しい。 ・財源が得にくい。

今回モデル事業により、各地域に「在宅緩和ケアコーディネーター」を配置することで、関係者の顔の見える関係づくりが進み、拠点病院等の治療病院と在宅医療・介護従事者の連携が深まり、そのことで個別の患者・家族への支援の充実にもつながり、地域課題を共有し解決のための協働の礎が築けることが分かった。

地区医師会配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域包括ケアの枠組みの中で基本的緩和ケアの従事者に対する相談・調整等を行いながら必要に応じて、専門的緩和ケアへつなぐことができ、拠点病院配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域の基本的緩和ケアの従事者へ専門的緩和ケアへのコンサルテーション等により支援することができた。

なお、「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割(図2)について、類型別(拠点病院配置型と地区医師会配置型)による差はほとんど見られなかった。(資料4参照)

6 明らかになった在宅緩和ケアの課題と取組み方策

在宅緩和ケア推進事業の一連の活動から見てきた全体的な在宅緩和ケアの課題と、在宅緩和ケアコーディネーターの活動を中心とした望まれる取組みを整理した。

[在宅緩和ケアの課題] (※既に出来ている地域等もあるが、まだ課題が残っているものを掲載)

- ①治療医や病院スタッフが在宅緩和ケアの現状を把握できておらず、在宅移行を見据えた早期からの介入ができていない。
- ②患者・家族が在宅緩和ケアについて知らず、相談窓口にとどり着けていない。
- ③外来でがん治療を行うことが増えているが、院内の相談体制は不十分で、外来がん治療からの在宅緩和ケアへの移行時の支援・連携体制が構築されていない。
- ④市外や県外など遠方の治療病院から在宅緩和ケアへ移行する場合に、十分な在宅調整がされていない。
- ⑤痛みや看取りへの対応など緩和ケアを提供できるかかりつけ医、保険薬局、訪問看護ステーションなどの医療資源は地域内に偏りがあり、提供されるケア内容に質の差もある。
- ⑥介護支援専門員や介護スタッフは、医療の知識と経験が不十分で、がん患者への対応やコミュニケーションに不安がある。
- ⑦介護保険施設等からの救急搬送が後を絶たない現状から、高齢がん患者の施設での緩和ケアの提供や看取りが進んでいるとは言えず、十分な実態把握もできていない。
- ⑧在宅緩和ケアの充実を評価する統一的な指標がない。

[望まれる取組み]

- ①治療医等治療病院医療従事者の在宅緩和ケアに関する理解の促進
診断・治療期から在宅緩和ケアをイメージした支援ができるよう、拠点病院等の治療病院の医療従事者の理解を深める必要がある。
- ②患者・家族等へ診断時から使える在宅緩和ケア啓発ツールの作成
病院内の案内掲示等だけでは、患者・家族が在宅緩和ケアやその相談窓口を知る機会が不十分であるため、より患者・家族に認識される啓発ツールの検討と作成が必要である。
- ③緩和ケアの提供に係る連携体制の構築
療養場所が変化しても、継続して緩和ケアが提供できるよう、在宅緩和ケアコーディネーターの活動と配置の拡充が必要である。特に、外来で、これからの療養や症状変化、病状悪化時の対応方法の説明と確認が必要である。また、訪問診療や訪問看護等社会資源、在宅療養についての相談窓口の紹介が必要である。
- ④遠隔地で治療を行った患者にも対応できる、調整・相談体制の整備(次項参照)
遠隔地(県外や2次医療圏域外)の治療病院と在宅緩和ケアコーディネーターをつなぎ、必要な患者がもれなく在宅緩和ケアにつながる仕組みづくりが必要である。
- ⑤在宅緩和ケア提供体制の充実
かかりつけ医、保険薬局、訪問看護ステーション等の医療資源の実態把握が必要で、がん診療拠点病院の専門医とかかりつけ医の連携が図れる仕組みづくり等の工夫が必要である。また、医療・福祉従事者の質の向上を図るために研修や事例検討等の開催が必要である。
- ⑥介護支援専門員、介護スタッフの質の向上
医療職と連携をとりやすくするために、日ごろからカンファレンス、事例検討等を行い顔の見える関係を構築しておく必要がある。また、がん診療拠点病院等で福祉職を含めた研修を実施する必要がある。
- ⑦介護施設等での看取りへの技術支援
高齢がん患者の介護施設での看取りを支援するため、緩和ケアや看取りに関する専門知識と経験を持つ者による実地指導等の取組みの充実が必要である。
- ⑧在宅緩和ケアに関する評価指標の検討
地域の関係者で在宅緩和ケアの現状や目標の共通認識が持てるよう、統一的な評価指標(ストラクチャー、プロセス、アウトカム)を開発する必要がある。

7 (まとめ) 在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案

各地域に在宅緩和ケアコーディネーターを配置することは、施設緩和ケアと在宅緩和ケア、拠点病院等の治療病院と地域包括ケアの担い手（在宅医療・介護）をつなぎ、切れ目のない緩和ケアを提供できる有効な手段であることが分かった。

しかしながら、在宅緩和ケアコーディネーターを配置できた地域は2次医療圏域内の一部地域に限られている状況であり、今後は、今回の結果を踏まえ、県全域をカバーできる在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充が必要である。

具体的には、拠点病院配置型と地区医師会配置型の双方が補完し合いながらそのメリットを最大限に発揮できるよう、がん医療連携の中核である拠点病院と地区医師会等の在宅医療・ケアの担い手側の両方に在宅緩和ケアコーディネーターを配置し、コーディネーター同士が緊密に連携し、地域を視点に協働する体制を提案する。

モデル事業終了後は、拠点病院配置型では実施病院の主体事業として継続し、地区医師会配置型では、市町を主体とする地域包括ケアシム（介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業）の取組みに統合されていることから、基本的に2次保健医療圏域エリアは拠点病院が主体となり、市町エリアは地域包括ケアシステム構築を担う市町行政と地区医師会が連携して主体となり、在宅緩和ケアコーディネーターを配置する。

しかし、この2か所だけでは2次保健医療圏域外や県外医療機関で受療するがん患者への支援が行き届かないことや各地区に取組み格差が生じることが懸念されるため、県全体の促進役、あるいは、各圏域間をつなぐことができる全県を活動エリアにした在宅緩和ケアコーディネーターも配置する。

県全体を網羅でき、必要な患者・家族に緩和ケアが届くためには、この様に3層の配置が必要であると考えられる。

ただし、当然のことながら、もともとその地域にあった連携体制や取組みを生かした、地域特性に応じた柔軟な体制づくりが重要である。

併せて、市町の地域包括ケアの仕組みに統合する場合は、これまでがん患者や家族にあまり対応する機会が少なかったことも考えられるため、がんの特性をふまえて理解をしたうえで対応できる人材の育成が必要であるし、拠点病院への配置については、地域や生活場面を理解したうえで地域包括ケアシステムと十分な連携が取れる人材の育成が必要である。図3の3層配置のコーディネーターの役割分担には、図2にある平成25年度の事業開始当初に定めた在宅緩和ケアコーディネーターに期待する役割に、モデル事業の結果を加味し、各層の在宅緩和ケアコーディネーターの役割分担を示した。今後は各層ごとの在宅緩和ケアコーディネーターの役割に対応した育成研修を提供することが求められる。

この体制づくりや人材育成を進めるためには、行政の関与と各地区医師会及び各種職能団体の協力が不可欠であるので、モデル事業の成果を県行政から市町行政へ、県医師会から各地区医師会へ情報提供し、県全体で各地区の取組みを支援する動きを期待する。そして更に、県全体の在宅医療・緩和ケアを統括するセンターを設置することが有効と考える。

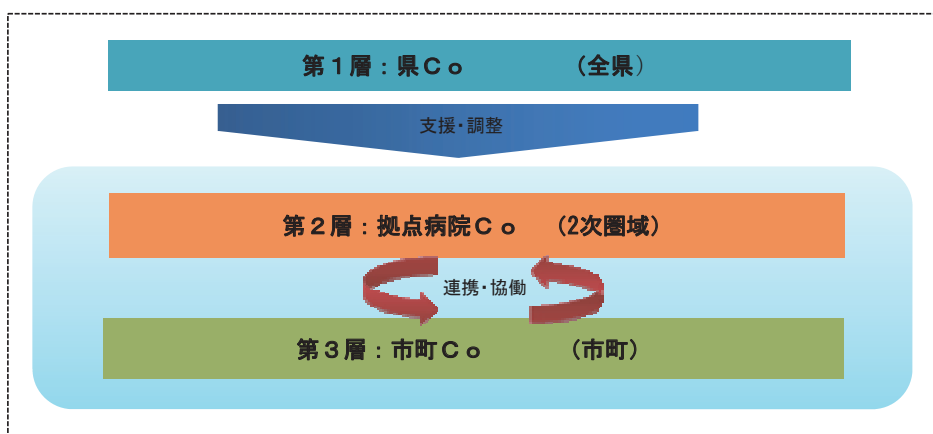
また、各層の在宅緩和ケアコーディネーターに共通する役割は、患者の思いを把握し、その思いをつなぐ療養体制づくりを行うことであり、ACPなどによる患者の意思確認とその意思を時間と施設を超えてつないでいく地域の体制づくりを、各層の在宅緩和ケアコーディネーターの協働テーマとすることも提案したい。

(注)「ACP」とは、これから受ける医療やケアについて、あなたの考えを家族や医療者と話し合っ「私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング（ACP）と呼んでいます。（広島県地域保健対策協議会 制作「豊かな人生とともに…私の心づもり～」より抜粋）

図3 3層配置のコーディネーターの役割分担

市町、拠点病院、県の3層にコーディネーターを配置し、全地域をカバーできるしくみへ拡充

階層	エリア	主体	実施施設	想定される職種	主な業務	
					体制構築機能	現場機能
第1層	県全域	県	(仮)統括センター	保健師 看護師(専門・認定等) 社会福祉士 等	<ul style="list-style-type: none"> 県内各地域の活動支援 圏域間の調整 県内共通の資源マップの検討 	<ul style="list-style-type: none"> 県外施設等からの相談窓口
第2層	2次圏域	拠点病院	拠点病院	看護師(専門・認定等) 社会福祉士 等	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内の病院等が提供している緩和医療及びケアの現状把握と資源マップの管理 市町の在宅緩和ケアコーディネーターと協働したネットワーク会議の運営、事例検討会等の開催 地域在宅の課題の解決を図るための院内へのはたらきかけ 圏域内の一般病院、診療所等で連携調整をする部門との有機的な連携 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療と介護関係者への相談対応緩和ケア外来の充実等による専門的コンサルの実施とその調整(緩和ケア外来の活用等) 患者及び家族への緩和ケアや相談窓口に関する周知 緊急時の受診と入院の調整 在宅移行支援
第3層	市町	市町	市町直営委託(医師会、地域包括等)	保健師 看護師(専門・認定等) 社会福祉士 介護支援専門員 等	<ul style="list-style-type: none"> 在宅や介護施設等で提供されている緩和医療及びケアの現状把握と資源マップの管理 拠点病院の在宅緩和ケアコーディネーターと協働したネットワーク会議、事例検討会等の開催 地域での医療及び介護の多職種の情報交換の場の設定 住民への緩和ケアに関する啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 地域での相談対応(住民に近い場所での相談窓口設置) 在宅医療及び介護関係者と拠点病院等との連絡調整窓口 在宅医療・介護サービスの調整



8 おわりに

モデル事業の各実施施設では、地域の特性を踏まえ、関係者間で丁寧な議論を重ねながら事業を推進していただいた。その努力により、全県での体制整備をすすめるための基礎となる十分な成果を得ることができた。

この取組みが次期広島県がん対策推進計画に反映されるとともに、さらに各地域で発展し、確実に継続的な地域在宅緩和ケアの提供体制が構築され、希望する場所で全てのがん患者とその家族が適切な緩和ケアが受けられる目指す姿の実現を期待する。

最後に、この事業実施にあたりご協力いただいた皆様に深く感謝する。

【資料】

- 資料1 在宅緩和ケア推進事業の経過
- 資料2 各地区の活動の概要
- 資料3 地域在宅緩和ケア推進協議会 要項・委員名簿・開催状況
- 資料4 在宅緩和ケア推進モデル事業に関する確認表とその結果
- 資料5 モデル事業実施地区への意見聴取実施状況
- 資料6 在宅緩和ケアコーディネーター（広島がんネット掲載）
- 資料7 がんの在宅緩和ケアの特徴

「在宅緩和ケア推進事業」の経過

「在宅緩和ケア推進事業」の概要

地域在宅緩和ケア推進協議会（県設置）

- モデル地区での活動の検証と全県での制度設計
在宅緩和ケア推進協議会においてモデル地区での実践等から、在宅緩和ケアコーディネーター配置形態・役割などの仕組みづくりと全県への普及方策について検討
- 資源マップ共通モデル検討
- 地域連携クリティカルパスの検討 等

推進モデル事業（各実施施設）

- モデル地区での制度設計及び検証
- 在宅緩和ケアコーディネーター（以下、Co）配置・活動
- 資源マップ、地域連携クリティカルパスの検討 等

項目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
広島県がん対策推進計画（H20～）	第2次計画策定（H25.3）	第2次計画スタート				第2次計画最終年 第3次計画策定
地域在宅緩和ケア推進協議会（県設置）		協議会設置 2回開催（8/12, 3/3）	2回開催（5/26, 3/6）	委員の再編成 2回開催（8/7, 3/4）	2回開催（7/29, 2/9）	
地域在宅緩和ケア推進モデル事業	[広島西] JA広島総合病院 (国指定がん診療連携拠点病院)		実施	継続	継続	継続
	[広島中央] 東広島地区医師会		実施	継続	継続	継続
	[広島] 広島市立安佐市民病院 (国指定がん診療連携拠点病院)		実施	実施	継続	継続
	[備北] 市立三次中央病院 (国指定がん診療連携拠点病院)		実施	実施	継続	継続
	[福山・府中] 福山市医師会		実施	実施	継続	継続
	[呉] 呉市医師会				実施	実施
[尾三] 三原市医師会					実施	継続
在宅緩和ケアコーディネーター研修・連絡会			研修会（9/26）	連絡会3回 （7/14, 10/16, 1/19）	連絡会3回 （5/24, 9/2, 1/24）	最終報告書検討・作成
事業報告書				中間報告書検討・作成		

[]内は二次保健圏整備圏域名

(関連事業等)

国がん対策基本計画（H19～）	【国】変更計画策定（H24.6） 国指定11病院（全7圏域） 県独自指定5病院	【国】整備指針の改定（H26.1） ・診断時からの苦痛のスクリーニング ・緩和ケアチームの活動充実 ・がん診療連携拠点病院の協働体制 （2次圏域のマップ・リスト作成等、地域の緩和ケア体制の情報提供） ・県拠点に緩和ケアセンター整備等	【国】変更計画策定（H29.●）
がん診療連携拠点病院の指定（H18～）		【県】県指定拠点病院指定要綱の改正（H27.4） ・国指定要件とほぼ同様の要件に改正 【国・県】新指定要件による指定（国指定11、県独自指定5）	
地域包括ケアシステム構築に関する主な関連事業	【国】在宅医療連携拠点事業 【県】在宅医療推進医（コミュニケーションリーダー）の養成（2年間）	【県】在宅医療推進拠点整備事業（2年間） 【県】在宅医療人材育成基盤整備事業	【市町介護保険事業】新たな地域支援事業（在宅医療・介護連携の推進等）開始（H30.4.1から完全実施）

各地区の取組み概要

年度	H25・26				H26・27			H27・28	
	東広島地区医師会	JJA広島総合病院	広島市立安佐市民病院	市立三次中央病院	福山市医師会	呉市医師会	三原市医師会		
在宅緩和ケアコーディネーター(人数)	訪問看護認定看護師(1)	社会福祉士(1) 緩和ケア認定看護師(1)	緩和ケア認定看護師(1)	緩和ケア認定看護師(1)	看護師(2) MSW(1)	看護師(1) MSW(2)	看護師(9) MSW(8)		
相談件数	H25・26 109件	H25 21件 H26 38件	H26 242件(院外相談)	H26 H27 6件 (在宅看取り調整)	H26 H27 19件 (ローズネット)	H28.1～29.3 101件	H28.7～29.3 382件		
ネットワーク会議	H25 1回 H26 2回	H25 1回 H26 2回	H26 4回	H26 H27 2回	H26 H27 2回	H27 2回 H28 2回	H27 4回 H28 3回		
実務者会議(事例検討)等	H25 事例検討会1回 H26 事例検討会1回	H25 実施なし H26 カンファレンス等2回	H26 事例検討会2回 出前講座3回	H26 H27 事例検討会1回	H26 H27 9回	H27 実務者会議1回 H28 実務者会議3回	H27 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会4回、事例検討会1回、多職種研修会2回 H28 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会3回、事例検討会1回、多職種研修会2回		
地域資源マップ	H25 H24に別事業で作成したマップの更新 H26 H25版の更新	H25 作成 H26 H25版の増刷	H26 資源マップ2種(市民配布用及び関係機関用)作成	H26 H27 活用状況調査とH26版の内容更新	H26 H27 別事業と共同で作成	H27 かかりつけ医マップに在宅医療情報を追加しHP上で公開 H28 在宅医療(緩和ケア)地域資源マップを作成し配布	H27 資源マップ送付先へのアンケート調査の実施 H28 在宅緩和ケア地域資源マップを作成(第2版)し配布		
地域連携パス等の検討	H26 がん在宅看取り事例の検証	H25・26 看取り連携パス、在宅移行パスの継続運用	H27 安佐医師会との協働による緩和ケア地域連携パスの運用開始	H27 地域連携パス(備北圏域版)、わたしのノート作成	H27 病院から在宅移行シート(ローズネットシート)作成と運用(80件)	H27 呉がんチーム医療研究会で作成した地域連携パスについて、内容、運用方法等検討中	H27 「三原市地域包括ケア連携シート」の評価と第2版の作成検討し、H28年4月第2版を作成(ICTシステムでも作成可能)		
その他(主なもの)	従事者研修会・市民講座 地域でのがんサロン 看取り事例調査	市民公開講座 訪問看護に関する現状把握(アンケート実施)	市民講演会 訪問看護ステーション実習	在宅緩和ケア講演会 在宅緩和ケア講演会	在宅緩和ケア講演会 在宅緩和ケア講演会	市民講演会の開催 終末期医療や介護施設等における看取りに関する研修会	がんフォーラム、市民講演会の開催 緊急時バックアップシステム(安心サポート) 地域包括ケアシステムとの連携		

地域在宅緩和ケア推進協議会設置要領

(目的)

第1条 第2次広島県がん対策推進計画に掲げる「がんと診断された時から、希望する場所で、すべてのがん患者と家族が、適切な緩和ケアを受けられること」を実現するため、質の高い在宅緩和ケアを確実かつ円滑に提供する体制を整備するために必要な取り組み等の検討を行うため、地域在宅緩和ケア推進協議会（以下「推進協議会」と言う）を設置する。

(協議事項)

第2条 推進協議会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 各圏域の在宅緩和ケアの実態把握の方法と管理。
- (2) 在宅緩和ケアコーディネーターの具体的配置のあり方。
- (3) 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の制度設計。
- (4) 地域の資源マップの共通モデル作成検討。
- (5) 在宅緩和ケアの推進に係る研修・研究に関すること。
- (6) 在宅緩和ケアの県民に対する周知・啓発に関すること。
- (7) 在宅緩和ケアにおける病院と在宅医療の相互連携、多職種連携、医療と介護の連携に関すること。
- (8) その他在宅緩和ケアの推進に関する必要事項。

(構成員)

第3条 この推進協議会は、関係機関を代表する者等で構成し、委員は県立広島病院長が選任する。

- 2 推進協議会に委員長を置き、広島県緩和ケア支援センター長をもって充てる。

(運営)

第4条 推進協議会は委員長が招集し、これを主宰する。

- 2 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、予め委員長が指名する委員がその職務を代行する。
- 3 委員長が必要と認めるときは、推進協議会に委員以外の者の出席を求め、意見を聞くことができる。
- 4 委員長は、協議事項について専門かつ効果的に検討が必要と認めるときは、数名の委員及び委員長が出席の必要を認める関係者によるワーキング会議を設置することができる。

(任期)

第5条 委員の任期は2年とする。ただし、補欠委員の任期については、前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任を妨げない。

(事務局)

第6条 推進協議会の事務局は、広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室に置く。

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、推進協議会運営に関して必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要領は、平成25年5月22日から施行する。
- 2 この要領の施行後、最初に選任する委員の任期は、第5条第1条の規定にかかわらず、平成27年3月31日までとする。

附 則

- 1 この要領は、平成27年4月23日から施行する。

平成 25 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	有田 健一
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	まるやまホームクリニック	院長	丸山 典良
委員	広島在宅クリニック	院長	小西 太
委員	北広島町雄鹿原診療所	所長	東條 環樹
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島市南区医師会 佐々木内科クリニック	理事 院長	佐々木 達
委員	広島県薬剤師会	常務理事	青野 拓郎
委員	広島県訪問看護ステーション協議会	理事	名越 静香
委員	公立みつぎ総合病院 訪問看護ステーション「みつぎ」	所長	國西 栄子
委員	東広島地区医師会地域連携室 あざれあ	室長	杉本 由起子
委員	広島県厚生農業共同組合連合会 広島総合病院	医療ソーシャルワーカー	正島 忠貴
委員	厚生連広島訪問看護ステーション	管理者	古本 直子
委員	NPO 法人広島県介護支援専門員協会	かもめ居宅介護支援事業所 管理者	久保田 秀樹
委員	広島赤十字・原爆病院総合 相談支援センター	係長 がん看護専門看護師	札埜 和美
委員	広島県地域包括ケア推進センター 企画運営小委員会委員	公立みつぎ総合病院 地域看護科長	山内 香織
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	武田 直也
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	藤原 薫

平成 27 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	津谷 隆史
委員	広島県薬剤師会	常任理事	青野 拓郎
委員	一般社団法人 広島県介護支援専門員協会	理事	久保田 秀樹
委員	広島大学病院	主任看護師長	家護谷 五月
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	広島県看護協会 訪問看護事業局訪問看護事業部	部長	佐久間 美保子
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	シムラ病院	医療ソーシャルワーカー	幣原 佐衣子
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	佐々木 真哉
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

平成 26 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	津谷 隆史
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	まるやまホームクリニック	院長	丸山 典良
委員	広島在宅クリニック	院長	小西 太
委員	北広島町雄鹿原診療所	所長	東條 環樹
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島市立安佐市民病院	精神科主任部長	日笠 哲
委員	市立三次中央病院	緩和ケア内科医長	佐伯 俊成
委員	広島県薬剤師会	常務理事	青野 拓郎
委員	広島県訪問看護ステーション協議会	理事	名越 静香
委員	公立みつぎ総合病院 訪問看護ステーション「みつぎ」	所長	國西 栄子
委員	東広島地区医師会地域連携室 あざれあ	室長	杉本 由起子
委員	広島県厚生農業共同組合連合会 広島総合病院	医療ソーシャルワーカー	正島 忠貴
委員	厚生連広島訪問看護ステーション	管理者	古本 直子
委員	NPO 法人広島県介護支援専門員協会	かもめ居宅介護支援事業所 管理者	久保田 秀樹
委員	広島赤十字・原爆病院総合 相談支援センター	係長 がん看護専門看護師	札埜 和美
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	金光 義雅
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

平成 28 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	小笠原 英敬
委員	広島県薬剤師会	副会長	青野 拓郎
委員	広島大学病院	主任看護師長	家護谷 五月
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長	岡崎 正典
委員	安芸市民病院 緩和ケア病棟	看護師長	勝田 佳民
委員	一般社団法人 広島県介護支援専門員協会 かもめ居宅介護支援事業所	理事 管理者	久保田 秀樹
委員	広島県看護協会 訪問看護事業局 訪問看護事業部	部長	佐久間 美保子
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	佐々木 真哉
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

[事務局]

平成 25.26 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	村井 真
	専門員	服多 美佐子
緩和ケア支援室	主任専門員	増田 百合香
	主任看護専門員	石橋 里美

平成 27 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	本岡 修
	主任	藤井 愛
緩和ケア支援室	主任看護専門員	櫻井 光子
	専門員	服多 美佐子

平成 28 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	佐矢野 忍
	主任	藤井 愛
緩和ケア支援室	副看護師長	藤本 ゆかり
	事業調整員	服多 美佐子

「地域在宅緩和ケア推進協議会」会議開催状況

年度	期日	主な報告・協議内容
平成 25 年度	(第 1 回) H25. 8. 12	<ul style="list-style-type: none"> ■第 2 次広島県がん対策推進計画(平成 25 年 3 月策定)について ■在宅緩和ケア推進業について <ul style="list-style-type: none"> ・事業内容説明 ・モデル事業実施施設の決定
	(第 2 回) H26. 3. 3	<ul style="list-style-type: none"> ■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について <ul style="list-style-type: none"> ・モデル事業の取組報告 (2 地区) ・平成 26 年度からの新規モデル事業実施施設の決定
平成 26 年度	(第 1 回) H26. 5. 30	<ul style="list-style-type: none"> ■地域包括ケアの取組み状況報告 ■地域在宅緩和ケアの推進について <ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動のあり方 ・資源マップ共通モデル 等
	(第 2 回) H27. 3. 6	<ul style="list-style-type: none"> ■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について <ul style="list-style-type: none"> ・モデル事業の取組報告 (5 地区) ・平成 27 年度からの新規モデル事業実施施設の決定
平成 27 年度	(第 1 回) H27. 8. 7	<ul style="list-style-type: none"> ■在宅緩和ケア推進事業について <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーター連絡会の開始について ■地域包括ケアシステムの取組状況報告 ■中間報告書の作成について
	(第 2 回) H28. 3. 4	<ul style="list-style-type: none"> ■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について <ul style="list-style-type: none"> ・モデル事業の取組報告 (3 地区) ■在宅緩和ケアの推進方策について ■中間報告書について
平成 28 年度	(第 1 回) H28. 7. 29	<ul style="list-style-type: none"> ■在宅緩和ケア推進事業について <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーター連絡会について ・在宅緩和ケア推進モデル事業活動報告 ・在宅緩和ケア推進体制整備について ■地域包括ケアシステム構築の取組状況報告
	(第 2 回) H29. 2. 9	<ul style="list-style-type: none"> ■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について <ul style="list-style-type: none"> ・各モデル地区意見聴取の結果について ■在宅緩和ケアの推進方策について <ul style="list-style-type: none"> ・モデル事業の評価と今後の推進方策 ・最終報告書の内容について

在宅緩和ケアコーディネーター研修及び連絡会の実施内容

種別	期日	主な内容	備考	
研修会	H26. 9. 26	<ul style="list-style-type: none"> ◇講義「がんの在宅緩和ケアの特徴」 講師 緩和ケア支援センター長 本家好文 ◇意見交換 <ul style="list-style-type: none"> ・事例検討会の運営について 等 		
連絡会	H27 年度	H27. 7. 14	<ul style="list-style-type: none"> ◇講義「在宅緩和ケアコーディネーターへの期待」 講師 緩和ケア支援センター長 本家好文 	平成 27 年度から連絡会に変更
		H27. 10. 16	◇各地区からの取組報告と意見交換	
		H28. 1. 19	<ul style="list-style-type: none"> ◇2 年間の事業終了施設からの実施報告 ◇地域資源マップに関する意見交換 	
	H28 年度	H28. 5. 24	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 28 年度在宅緩和ケア推進事業について ・在宅緩和ケアの評価について ・各地区の活動状況及び情報交換 	
		H28. 9. 2	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケアの現状と目標とする姿について ・施設緩和ケアと在宅緩和ケアの連携について 	
	H29. 1. 24	<ul style="list-style-type: none"> ・各地区意見聴取の結果について ・地域緩和ケアの推進に向けて 		

在宅緩和ケア推進事業に関する確認表の状況

《定性評価基準》
 5:よくできている 4:できている
 3:まあまあできている
 2:あまりできていない 1:できていない

29.3末

項 目	モデル事業終了 7施設総計	拠点病院配置型 (3施設)					地区医師会配置型 (4施設)					
		平均	平均	分布				平均	分布			
				5	4	3	2		1	5	4	3
▲: 3点未満 差: 拠点病院配置型と地区医師会配置型が 1点以上の差												
(1) 専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と在宅ケアチームの相互連携、後方支援体制について ※対象地域の現状を記入												
(1)①	・在宅ケアチームと専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)との連携体制がある。	3.3	3.3	1	2			3.3	2	1	1	
(1)②	・症状が悪化した場合に、緩和ケア外来等における対応や緊急入院できる体制がある。	3.7	4	3				3.5	2	2		
(1)③	・専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と在宅ケアチーム間の連携を円滑に行うための地域連携バス・連携シート等の取組がある。	3.3	3.7	2	1			3	2	2		
▲差: 拠点 > 医	(1)④	・専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)が地域で活動する取組がある。(訪問診療、出張相談、退院時訪問等)	2	3	1	1	1	1.3			1	3
	(1)⑤	・病院と地域在宅の各職種同士の連携をすすめる取り組みがある。(事例検討会、合同研修会等)	3.7	4	1	1	1	3.5	2	2		
(2) 医療と介護の連携、多職種連携と適切な在宅サービス調整の実施について ※対象地域の現状を記入												
(2)①	・退院前カンファレンスが医療・介護の多職種で実施できている。	3.3	3.7	2	1			3		4		
(2)②	・地域の関係者が一堂に会する連携会議(地域ネットワーク会議等)がある。	3.7	3.7	1	1	1		3.8	1	1	1	
(2)③	・多職種(医療・看護・介護・福祉等)が参加できる研修会や事例検討会が実施されている。	3.4	3.7	1	1	1		3.3	1	1	2	
▲差: 拠点 > 医	(2)④	・介護支援専門員や介護員(居宅及び施設)を対象とした研修会、講座等の取組がある。	2.4	3	1	1	1	2	1	1	2	
▲	(2)⑤	・がん治療病院医師と介護支援専門員が必要時に適切に連絡がとれている。	2.3	2			3	2.5		2	2	
	(2)⑥	・地区医師会での在宅医療等に関する提供体制整備の取組を把握し、連携できている。	3.1	2.7		2	1	3.5	1	3		
	(2)⑦	・調剤薬局の麻薬対応状況を把握する取り組みがある。	3.3	3	1		2	3.5	1	1	1	
▲差: 拠点 < 医	(2)⑧	・在宅での口腔ケアの実施状況を把握する取り組みがある。	2.7	2		1	1	3.3	1	2	1	
(3) 在宅緩和ケアCoの配置と活動について (注) 在宅緩和ケアCoとは、県が在宅緩和ケア推進事業で配置した者												
(3)①	・在宅緩和ケアCo人数、職種、設置場所、配置年度											
(3)②	・在宅緩和ケアCo相談件数(平成27年度)											
(3)③	・在宅緩和ケアCoが関係施設・機関を横断的に活動できる。	3.1	3	1	1	1		3.3	1	2	1	
▲	(3)④	・在宅緩和ケアCoを育成する取組がある。	2.7	2.3		1	2	3	1	1	2	
	(3)⑤	・在宅緩和ケアCoが専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と連携できている。	3.4	3.3	1	1	1	3.5	2	2		
(4) 在宅緩和ケア資源マップを整備と活用状況について (注) 在宅緩和ケア資源マップとは、県の在宅緩和ケア推進事業で整備したマップをいう												
差: 拠点 > 医	(4)①	・各施設の対応可能な医療・ケアの内容を具体的に分かりやすく住民や関係者に情報提供できている。	3.4	4	1	1	1	3		1	2	1
	(4)②	・資源マップの更新・管理体制が整っている。	3.7	3.3	1	1	1	3.8	3	1		
▲	(4)③	・各関係機関へのマップの普及と活用状況が把握できている。	2.9	3.3		1	2	2.5		2	2	
(5) 住民への緩和ケアに関する知識の普及について ※対象地域の現状を記入												
(5)①	・市民講演会等住民への普及啓発の取組がある。	3.7	3.6	2	1			3.8	3	1		
(6) 意思決定支援の体制について ※対象地域の現状を記入												
▲	(6)①	・療養の場所を問わず、必要な患者への意思決定を支援する取組がある。	2.6	3	1	1	1	2.3		1	3	
(7) 家族・介護者のケアの提供体制について ※対象地域の現状を記入												
▲	(7)①	・家族(遺族)・介護者へのケアの取組がある。	2.6	3	1	1	1	2.3		2	1	1
(8) 地域在宅でのボランティア活動について ※対象地域の現状を記入												
(8)①	・在宅緩和ケアに関するボランティア組織がある。	あり:2 なし:5	あり:0 なし:3					あり:2 なし:2				
▲差: 拠点 < 医	(8)②	・地域でのボランティア(在宅緩和ケアボランティア・民生委員等)の活動が把握できている。	1.7	1			3	2.3		2	1	1
(9) 行政との連携体制について ※対象地域の現状を記入												
▲	(9)①	・在宅緩和ケアCoの活動等は、市町が行う地域包括ケアシステム構築と連動して取り組んでいる。	2.7	2.3		2	1	3	1	1	2	

【主な感想・意見】

- ・実務者間での評価は可能だが、市内全域の評価は困難である。
- ・各機関によって、実施内容や頻度は異なるので、地域としてまとめた評価は難しい。
- ・Coに業務が集中するので、同じ方向で協力できる人材育成が必要のようである。
- ・評価の根拠等基準がなく曖昧。
- ・病院と地域の関係者の中で評価内容によって結果がかい離する。
- ・病院がモデル事業実施していた場合、地域のスタッフには見えないところがあり答えにくかった。
- ・緩和ケアボランティアに対する対応力向上研修の有無などがあっても良いのではないかと。

※拠点病院: JA広島総合病院、安佐市民病院、市立三次中央病院、医師会: 東広島地区医師会、福山市医師会、呉市医師会、三原市医師会
 ※呉市医師会と三原市医師会はH28.3、その他はH28.3に評価

在宅緩和ケアに関する意見聴取(28年10月実施)の結果

(2) 在宅緩和ケアに関する全体的なご意見(現状・課題と望まれる取組)

	診断前	診断期	治療期	治療終了期	療養場所の選択	療養・終末期	遺族ケア
現状・課題	診断前	○Coや地域の相談窓口などを、一般市民、医療・介護関係者、行政等の各種相談窓口のスタッフ等に十分周知できていない。					
	診断期	○告知時の同席や介入を希望しない主治医や自ら対応したい主治医もあり対応は様々 ○拠点病院では、退院調整へのマンパワーを手厚くしている反面、早期からの介入が難しくなっている。					
	治療期	○ACPIに関する住民の意識は高まっているも、治療者側は治療終了後からの取組と考えている。 ○治療者は、身体の疼痛緩和は理解できていても、トータルペイン・緩和ケア、療養場所選択までは対応できない現状 ○コミュニケーションが不得意な医師も多い ○早期からのPCT看護師の介入でスムーズに在宅緩和につながった事例を経験した ○外来のみの患者の場合、看護師の介入機会も少なく、十分な支援が届きにくい					
	治療終了期	○「もう治療がない」との主治医からの言葉に、患者は見捨てられ感を持つ。 ○治療病院での疼痛緩和ができていない状態での退院となる。 ○拠点病院で十分な退院調整、療養場所選択への支援ができていない ○遠方の病院で治療される場合が半分～2/3くらいあるが、自宅療養で状態悪化した場合は、遠方の治療病院まで来院するよう指導されている。 ○治療病院が患者の地元バックアップ病院を持てるように調整してもらえると良い。					
	療養場所の選択	○県境や島しょ部、山間部など、在宅の医師等の医療資源が乏しく、在宅緩和ケアを提供できない地域がある。 ○患者には治療終了後も治療病院から離れたくない意識がある。 ○拠点病院で相談を受けると、できるだけ在宅で過ごし最後は病院を希望する人が殆どの状況がある。 ○在宅を進めても、家族構成の変化、社会の変化で介護力は低下は進んでいるので限界がある。 ○退院時カンファレンスの日程調整で1-2週が過ぎタイミングを逃すことがある。 ○訪問看護に紹介されるタイミングが遅く、患者との信頼関係が築けなまま最期を迎えることがある。 ○退院時カンファレンスがあっても、病医関係者の参加なく、在宅側からは不十分な内容に感じる。病院側が重要性を認識できていないのではないか。 ○病院主治医から、在宅は無理だろうと言われ断念されることがある。病院治療医と在宅スタッフで認識にずれがある。 ○主治医からの予後告知や病状説明が曖昧で、準備できないまま最期を迎えることがある。					
療養・終末期	○開業医の疼痛緩和に対する知識・技術の不足⇒患者受入れ困難 ○開業医の在宅看取りへの負担は依然大きい。(夜間対応等) ○在宅の医療・介護従事者は、痛みへの対応や医療処置からがん看取りに消極的 ○在宅医から1人では負担が大きいとの声は上がるも、サポートする体制整備が進んでいない。体制はあっても活用は少ない。 ○在宅医の場合も、病院同様に、急性期、慢性期、看取りなど役割分担が進む方向 ○在宅の医療・介護従事者の、がん末期患者とのコミュニケーションへの不安 ○在宅が難しい場合、介護療養型医療施設を紹介する事例は多い。 ○県外や他の地域でがん治療された方が治療終了後に地元でどのように療養されているかの実態が把握できていない。 ○急性期病院でレスパイト入院は難しい ○レスパイト的な入院に理解のある病院があり受け入れてもらっている ○状態悪化時の入院受け入れに困る状況は特にならない。 ○訪問看護ステーションの質(技術やコミュニケーション)にばらつきがある ○訪問看護費用が負担(3割負担の場合) ○介護保険の入所施設での看取りは、嘱託医の意識と関わり方によるところが大きい。 ○介護保険の入所施設での看取りは、最期は家族の意向が決まる。 ○高齢者の入居施設から救急搬送の例はある。嘱託医の対応が大きいと思うが、地区医師会等と状況共有できていない。 ○施設看取りの実態は把握できていない。 ○在宅を始める、思いがけず在宅での看取りへつながることがある。 ○その地域の医療・介護(意識・技術・体制)が、どこまで在宅を後押しできるかで、状況は異なる。 ○在宅の希望がどれくらいあり、患者が希望されるところで最期を迎えられているかのデータがない。 ○希望された人を1回は在宅へ帰すことが目標になると思う。(自宅に限らず安心して過ごせる場所) ○介護力不足と家族の不安(急変等)						
望まれる取組・要望	診断前	○緩和ケアに関する県民への啓発 ○死は自然なこと、看取る文化を広める啓発					
	治療期	○治療期からACP、療養場所選択の取組の意識向上 ○告知時から治療終了、療養場所選択まで一貫してかわれる体制(外来・入院とも) ○患者の相談や要望を聞く早期からの介入 ○治療病院医師等の意識変革					
	治療終了期	○県内拠点病院とバックアップ病院等が広域に連携が取れること、資源マップの広域での共有。					
	療養場所の選択	○高齢者の医療選択に関する相談にのれる相談者育成					
	療養・終末期	○がん緩和は特殊性はあるも、地域包括ケアの一領域として取り組んでいかないと広がらない。 ○地域包括支援センターもACP、在宅医療について勉強する ○栄養士もより在宅での活躍が期待できる。勉強の機会が欲しい。 ○拠点病院等の専門的緩和ケア従事者による、開業医・訪問看護等へのコンサル、退院時訪問 ○麻薬対応に敬遠しがちな開業医のサポート ○拠点病院等治療病院の患者紹介後のアフターケア ○在宅患者の病院での緊急時の入院受け入れ ○市町行政とともにすすめる体制 ○地域に開かれた、地域で行うがんサロンは大切 ○病院医師と在宅医の情報共有の機会 ○拠点病院が圏域のその他の病院の緩和ケアの推進をサポートできるしくみ ○薬局の麻薬管理について、地域の中で在庫管理し相互融通できる体制の強化 ○医療は介護を、介護は医療を相互に勉強し合う。					

がんの在宅緩和ケアの特徴

がんの在宅緩和ケアにおいては、がん及びがん患者の特性を十分踏まえた対応が必要であるため、最初に、がん患者及びがんの在宅療養の特徴について整理する。

① がん患者は高齢者に限らず、若年者・就労者等でもあること。

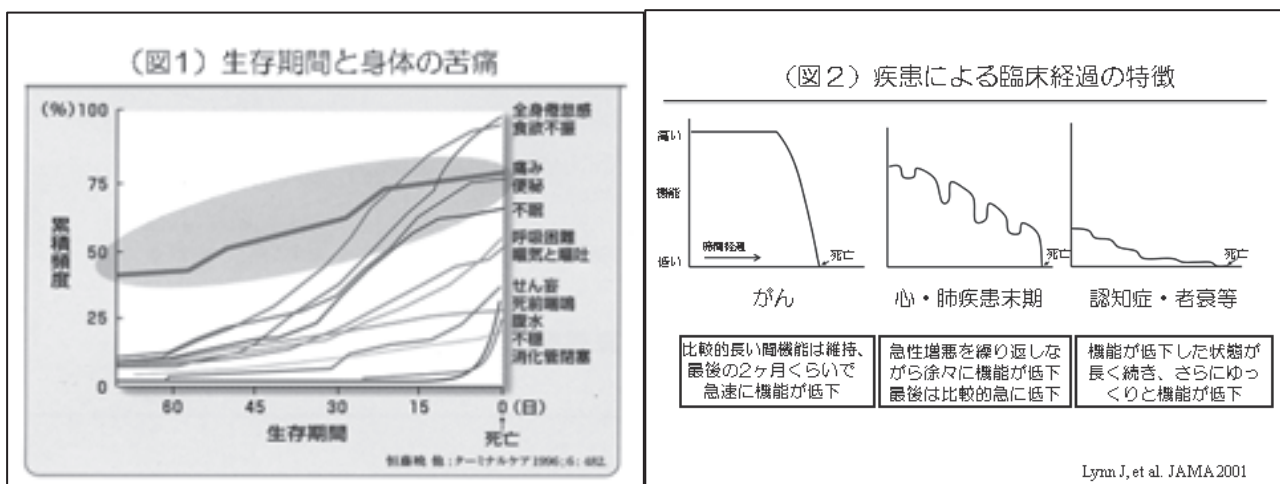
がん患者数は年々増加し、新たにがん罹患する患者数は、全国で85万人余りと推計され、年々増加している。そして、高齢化とともに認知症などを抱えたがん患者が増加していることも大きな問題となっている。

一方、15歳以上64歳以下の生産年齢のがん患者数も、全国で1年間に26万人以上と推計され、全体の30%を超えている。仕事をもちながらがん治療を受けている患者や介護保険対象外の比較的若いがん患者の在宅緩和ケアも今後の重要な課題である。(参照データ：地域がん登録全国推計2011年診断)

② がん患者の在宅療養は、症状コントロールや医療用麻薬の調整等、医療ニーズが高いこと。

がん患者の身体的苦痛の頻度の特徴として、病状が進行した状態でも、亡くなる数ヶ月前までは、痛み以外の苦痛症状は軽いことが多い。(図1)

そのため必要に応じて医療用麻薬等により痛みを緩和して自宅で療養することも可能な場合が多い。亡くなる2ヶ月前頃から急激に様々な苦痛症状が出現し(図2)、全身状態が急激に悪化してくるため、終末期には医療ニーズが高くなることに十分に対応する必要がある。



③ がんの進行の特徴から、タイムリーな対応が必要であること。

(退院可能な時期と在宅医療・介護の体制、再入院受け入れ等)

在宅緩和ケアを推進するうえで、地域が抱えている課題について(表1)最も大きな課題は、高齢化・核家族化、家族の介護力の低下である。また在宅緩和医療・ケアを担うかかりつけ医や、24時間対応可能な訪問看護ステーションが少ないことも課題である。さらに、患者や家族が不安に感じるのは、急に症状が悪化した場合等の対応である。地域の医療機関等の連携体制について、患者・家族が安心できるよう体制整備と情報を提供する必要がある。

解決のためには、表2「在宅緩和ケアの5か条」が重要と考えられ、具体的には表3～表9に示す細やかな対応が必要となる。(表2～9『在宅緩和ケアのための地域連携ガイド』2008年より引用、改編)

<p>(表1) 在宅緩和ケアを進めるための地域の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化（一人暮らし、夫婦二人暮らし） ■ 核家族化 ■ 共働き家庭が増加（昼間の介護力も低下） ■ 経済的問題（年金生活者の増加） ■ 病院依存が強い ■ 訪問診療を行うかかりつけ医が少ない ■ 24時間対応の訪問看護ステーションが少ない ■ 医療連携のための情報共有が不十分 	<p>(表2) 在宅で患者を診るための5カ条</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 在宅療養の目的を共有する (退院前カンファレンスへの参加) 2) 24時間の緊急訪問を保証し 在宅にふさわしい医療を提供する 3) 医師だけでなく多職種チームで関わる 4) 相談や入院がいつでもできる病院と連携する 5) 継続して患者・家族を支援する <p style="text-align: right; font-size: small;">引用文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）</p>
<p>(表3) 1) 在宅療養の目的を共有する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 病院から事前に患者情報を入手する <ul style="list-style-type: none"> □ これまでの診断・治療などの臨床経過 □ 現在行われている医療の内容や予後見通し □ 本人・家族への病状説明の内容 ■ 診療開始に先立つ家族との面談 <ul style="list-style-type: none"> □ 現状についての家族の理解と希望の確認 □ 患者本人の理解と希望の確認 □ 在宅での療養環境の確認 □ 治療やケアの方針についての共通認識 ■ 退院前カンファレンス（退院時共同指導） <ul style="list-style-type: none"> □ がんに対する治療方針を確認する □ 患者の病状理解や療養についての希望を確認する □ 在宅で継続可能な医療やケアに調整する <p style="text-align: right; font-size: small;">引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）</p>	<p>(表4) 2) 24時間の緊急訪問を保証し、在宅にふさわしい医療を提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 24時間体制の安心を実感してもらうことができれば不安に陥る事態を回避できる ■ 診療が必要と判断した場合には、速やかに伺う ■ 病院で可能な医療が在宅でも可能になってきた <ul style="list-style-type: none"> □ 在宅酸素療法 □ 末梢からの輸液、皮下輸液 □ 尿道カテーテル留置 □ 中心静脈栄養の管理 <p style="text-align: right; font-size: small;">引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）</p>
<p>(表5) 3) 医師だけでなく多職種のチームで関わる</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 複数の医師、複数の訪問看護師が協働するチーム ■ 訪問看護師が生活を踏まえた医療やケアを提供する ■ 薬剤師が在宅に必要な薬剤を管理する ■ ケアマネージャーや介護福祉士・ヘルパーが 介護面（生活面）で患者や家族をサポートする <p style="text-align: right; font-size: small;">引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）</p>	<p>(表6) 3) -1 多職種連携の考え方と実際</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 病院からの退院支援 ■ 病院との連携 ■ 診療所同士の連携 ■ 訪問看護ステーションとの連携（看看連携） ■ ケアマネージャーとの連携 ■ 調剤薬局との連携（薬業連携） <p style="text-align: right; font-size: small;">引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）</p>

(表7) 3) -2 多職種連携の考え方と実際

- 訪問看護ステーションとの連携（看看連携）
 - 医師と看護師の役割分担を明確化
 - 介護保険と医療保険
 - 緊急訪問体制の確認
- ケアマネージャーとの連携
 - ケアプラン作成時の留意点の確認
 - グリーフケア

引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）

(表8) 4) 相談や入院がいつでもできる病院と連携する

- 入院が必要となった場合の病院との連携
 - 退院前カンファレンスの段階で調整する
- 症状マネジメントが難しい局面での相談
 - 緩和ケア病棟や緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアと日頃から連携する

引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）

(表9) 5) 継続して患者・家族を支援する

- 症状変化にまつわる準備や対応
 - 在宅導入初期の症状マネジメントは丁寧に
 - 病態変化や予後を予測して準備や心構えをする
 - 初めてのコールには些細な内容であっても足を運ぶ
 - 症状が変化した時には臨時訪問する
- 患者家族とのパートナーシップ
 - 24時間介護の負担について理解する
 - 家族に負担軽減を図る
 - レスパイト入院
 - 死別後のグリーフケアも重要

引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）

モデル事業実践報告 [JA広島総合病院]

1 はじめに

広島総合病院は、広島県二次保健医療圏域広島西医療圏にある地域がん診療連携拠点病院である。拠点病院整備に伴い緩和ケアチームの結成、緩和ケア外来診療等に取り組んでいるが在宅サポート体制は経験が少なく、各相談員レベルでの対応に終わっていた。

佐伯地区医師会の要請を受け、多職種の職能団体でもある廿日市市五師士会の協力を得て地域在宅緩和推進ケアモデル事業の受託に至った。

2 地区の概要

広島市のベッドタウンである廿日市市は核世帯化がすすむ。その中で山間部や島嶼部では高齢化率が40%を越える地域がある。医療提供体制は24ヶ所の在宅療養支援診療所があるが全診療所ががん疾患を診ているわけではない。訪問看護ステーションについても9事業所あるが精神科疾患を主としている事業所もあり、その実状は異なる。在宅緩和ケアを行う診療所やステーション等の事業所、医師等スタッフの状況が把握できず各々の活動が中心で暗中模索の状態である。

3 モデル事業実施目的・目標

在宅緩和ケアを希望する患者・家族が安心して療養できる環境を整備できるように、地域の専門職の把握を行い病院と在宅の多職種連携の強化と適切な医療・福祉サービスが提供できる体制を構築する。

4 取組内容

当モデル事業の2年間の事業内容は、表1のとおりである。

当地域では、在宅緩和ケアを推進していく中で社会資源の不透明さがあげられる。患者・家族・地域住民へ在宅緩和ケアを推奨するために、可視化、具現化、継続性をテーマに「在宅緩和ケア資源マップ」「在宅緩和ケア推進ポスター」の作成を行い、幅広く広報活動を行う。また、病院より円滑に在宅緩和ケアが提供されるように病院に相談窓口の整備を行う。

地域連携が十分発揮出来るように多職種で共通の認識で患者支援ができるようにネットワーク会議等を通じ意識統一を図る。

5 各事業の実施状況

(1) 緩和ケアコーディネーター配置と活動

当院では、平成25年、平成26年にかけて院内に地域在宅緩和ケアコーディネーターを設置した。訪問看護師1名（緩和ケア認定看護師、介護支援専門員）、MSW1名（がん相談員、社会福祉士、介護支援専門員）を配置し在宅患者からの相談や院内外からの相談窓口となった。また、地域の会議等に参加し在宅緩和ケアコーディネーターの紹介を行った。在宅緩和ケアコーディネーターの周知を目的にポスターの作成を行い、地域の関係職種と協同し、在宅療養をお手伝いできる事をアピールした。実際、ポスターを見た相談窓口へ連絡をする患者・家族がいた

り、地域の関係職種より在宅緩和ケアコーディネーターに相談をするといった事例もあった。

相談内容は、病院より在宅療養を希望する患者の在宅療養支援や、在宅療養中の患者の不安・心配事の対応、自宅訪問、医療・介護従事者からの相談対応などであった。

在宅緩和ケアに関する相談

平成 26 年度・・・21 件

平成 27 年度・・・38 件

在宅療養中の患者には、直接自宅訪問し困っていることなど相談を行い関係機関、多職種と連携し療養生活の充実に努めた。時には、かかりつけ医に走り痛み止めの処方を依頼したり、医師や訪問看護師、ケアマネジャー等の多職種と同行訪問する機会もあった。

在宅療養環境を整備したが、心配ごとは全てコーディネーターへ相談したら良いと思われている患者・家族もおもろ多職種と上手く繋がらなかったケースもあった。

一番印象的であったのは、在宅療養を希望している患者も ADL の低下や病状悪化時は元の病院や緩和ケア病棟への入院を希望される事例があった。その数は、過半数を超えた。当院は地域がん診療連携拠点病院および地域医療支援病院の認可を受けており入院が必要な患者は受け入れの義務がある。「何かあれば入院ができる」このことが患者の安心感に通じ、在宅緩和ケアを可能にする要因のひとつであると考えている。

(2) 地域ネットワーク会議の実施

廿日市市には「廿日市市五師士会」がある。地域住民の多様なニーズに対応し安心して暮らせる地域づくりに貢献するためには、保健・医療・福祉の連携システムを構築が必要であり、平成 17 年に結成された。現在、医師会、歯科医師士会、薬剤師会、看護協会、福祉士会、理学療法士会、介護支援専門員連絡協議会、栄養士会の 8 団体が協同し、お互いの専門性と知恵を出し合い行政・他職種、住民団体等との連携を図りながら活動を展開している。

廿日市市五師士会の協力を得て、地域包括ケア検討委員会委員をメンバーとして、在宅緩和ケアコーディネーターの活動、広報、地域資源マップの運用について協議を行った。また、地域医療従事者向けに事例検討会を実施し地域医療従事者の在宅緩和ケアの普及および技術向上を図った。

○地域在宅緩和ケア推進モデル事業ネットワーク会議

第 1 回会議

日 時：平成 25 年 11 月 25 日（火）19：00～

場 所：佐伯地区医師会会議室（廿日市市本町 5-1）

参加者：廿日市市五師士会 地域包括ケア検討委員会および広島総合病院

内 容：在宅療養を担当する医師の選定方法（医師会の在宅医療ネットワークの活用）や医療用麻薬の扱いなど廿日市地域の社会資源の活用方法や研修会のあり方・参加について検討を行った。

今後は、廿日市市五師士会や訪問介護士など関係職種との連携を深め、

また地域住民に在宅緩和ケアを学んでもらい、より良い在宅緩和ケア体制の構築を目指す。

在宅緩和ケア資源マップの作成について協議した。

第2回会議

日 時：平成26年7月28日（月）19：00～

場 所：佐伯地区医師会会議室（廿日市市本町5-1）

参加者：廿日市市五師士会 地域包括ケア検討委員会および広島総合病院

内 容：平成25年度の活動報告を行うことにより課題が見えてきた。いかに在宅で療養している患者・家族に寄り添っていきけるかデスカンファレンスを開催したので報告した。また、在宅緩和ケア資源マップの活用方法を提示した。

第3回会議

日 時：平成27年2月26日（木）19：00～

場 所：佐伯地区医師会会議室（廿日市市本町5-1）

参加者：廿日市市五師士会 地域ケア検討委員会および広島総合病院

内 容：平成26年度の活動報告を行うと共に、地域の現状について訪問看護ステーションにて行ったアンケート、在宅緩和ケアコーディネーターの活動アンケート集計の報告を行った。また、市民公開講座や在宅緩和ケア資源マップの配付による地域住民への啓蒙もできた。

○緩和ケアの技術・知識の向上

① 事例検討会

在宅緩和ケアに関わる医療従事者に向け事例を用い検討会を行った。また、コーディネーターの活動紹介を行った。広島西医療圏域の医療機関、介護事業所へ案内を行い多職種の参加があった。

第1回会議

日 時：平成26年2月20日（木）19：00～

場 所：広島総合病院会議室（廿日市市地御前1-3-3）

参加者：65名（看護師、ケアマネジャー、保健師、訪問介護士、理学療法士、MSW 歯科医師、管理栄養士、薬剤師）

内 容：在宅緩和ケアコーディネーターの事例を紹介した。福祉・介護分野の参加者もおり参加者からは、それぞれの専門職として何が出来るか考えていきたい、在宅緩和ケアに興味を持ち勉強したい、色々相談したい等意見が出た。実際の現場で緩和ケアに触れる機会が少ない職種も関心を持ってもらえた会になった。

第2回会議

日 時：平成27年1月16日（金）19：00～

場 所：広島総合病院会議室（廿日市市地御前1-3-3）

参加者：44名（看護師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、ケアマネジャー、MSW 保健師、救急隊）

内容：架空の事例を用い、グループワークを行った。各職種が分かれて専門的な意見が飛び交った。病院から自宅へ帰る際の退院前カンファレンスの有用性や入院した時からの多職種連携の重要性が学べた。在宅緩和ケアの関心の高さやコーディネーターに対する期待も伺えた。

② 緩和ケア専門研修（介護支援専門員・地域連携職種研修 基礎コース）

日時：平成26年7月9日（水）

場所：広島県緩和ケア支援センター（広島市南区宇品神田 1-5-54）

科目：在宅緩和ケア移行時の連携～拠点病院の役割～

③ デスカンファレンス開催

日時：平成26年7月28日（月） 19:00～

場所：広島総合病院会議室（廿日市市地御前 1-3-3）

参加者：病院主治医、病棟看護科長、在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター、在宅緩和ケアコーディネーター

（オブザーバー：廿日市市五師士会地域包括ケア検討委員会、広島総合病院地域医療連携室長）

内容：在宅緩和ケアコーディネーターとして介入したケースを参加者で関わりについて検討した。

患者は入院中で化学療法を行っていたが、病院食が口に合わず好きなものが食べられる自宅療養を希望し退院した。独居であり、ADLの低下したままヘルパー利用しており、ヘルパーより直接コーディネーターへ相談があった。他者を嫌い、関係をもてないまま、ヘルパー利用が終了した。数日後、在宅医、訪問看護が介入となり家族と相談。緩和ケア病棟への入院も視野に入れた医療が提供されていたが本人の希望により自宅療養を継続され自宅看取りとなった。退院前の関わりや、他者との関係を嫌う患者にどのように関わっていくかが論点となり情報共有の重要性を感じ取ったカンファレンスとなった。

④ 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会

日時：平成27年1月17日（土） 14:30～

場所：三原市城町庁舎会議室（三原市城町 1-2-1）

主催：三原市地域包括ケア連携推進協議会

参加者：三原地域の看護師および社会福祉士 17名

講演内容：「緩和ケアコーディネーターの実践」

内容：廿日市市で実践しているコーディネーターの紹介と、コーディネーターの役割について講義を行った。廿日市市と三原市ではがん診療連携拠点病院等の整備などの医療資源の違い、山岳部等の地域性や社会資源の違いはあるものの病院－地域、地域－地域、地域

ー病院といった関係には互いの職域を越えた連携が必要となることが学べた。

(3) 地域資源マップ作成・活用

廿日市市五師士会役員会で8職種の情報を盛り込む地域資源マップとして了承を得て、アンケート調査の内容・実施を行った。医師会や行政、医療・福祉施設など約5,500部配付完了した。

「廿日市市五師士会」の協力を得て、在宅緩和ケアが可能な医療機関（診療所・病院、および歯科診療所）、調剤薬局、訪問看護ステーション、福祉相談窓口、リハビリ（PT）、居宅介護支援事業所、栄養相談窓口をアンケート調査した。緩和ケアが対応可能な関係機関を廿日市市の地図上に描出し、自宅周辺などひと目で理解できるように工夫した。

その他、訪問介護事業所や地域包括支援センターや県内の緩和ケア病棟の情報、広島県のがん情報サポートサイト（広島がんネット）と国立がん研究センターがん対策情報センターのURLも掲載しがん情報の発信にも努めた。

苦労した点は、掲載内容にある。当初オピオイドの使用や腹水穿刺など在宅で可能な処置等のアンケートを想定していたが、廿日市市五師士会役員会で「あまり複雑すぎる情報では手上げが少なくなる。まずは、地域に関心を持ってもらうことが重要」というアドバイスをもらい酸素、胃ろう、褥瘡、尿管管理などに限定した。歯科も同様に口腔ケアや簡単な処置にとどめた。その結果、在宅療養支援診療所以外にも在宅療養が可能な医療機関がマップ掲載に了承を得た。その他、緩和ケアの対応可能な薬局、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所など新たな資源の発掘にも繋がった。出来上がった、マップでは地図上で確認ができ（可視化）、パンフレット（具現化）として実際患者・家族、地域住民の手にとってもらえるようになり、情報伝達が行えるようになった。これにより、各相談窓口から地域資源へ繋ぐことが出来るようになり切れ目のないサービス提供が行えるようになった。（継続性）

・ホームページへの掲載

広島総合病院の公式ホームページに、在宅緩和ケア資源マップの掲載を行った。マップの掲載にあたり、当初電子カタログ風にページをめくれるように考えたが、容量等の問題で実現はしなかった。当面、各ページをスクロールしめくってもらうことになる。

【課題】地域の情報は、常に変化していくため、更新していかなければならない。在宅緩和ケアも例外ではなく、新たな情報や更新の時期や掲載内容等の工夫が必要である。

(4) 地域連携パスの検討

すでに運用している、在宅医向けの看取り専用連携パスや在宅移行用の連携パス（医師紹介状、MSW 情報提供書）の継続運用を行った。

最期まで在宅療養を希望する患者よりも、出来るだけ自宅で療養し最期は病院へ入院するという方が多くみられる。本地域でも同様な結果が出ている。

広島総合病院では、緩和ケア科を中心に看取りのパスを運用している。在宅療養を継続していたが、最後の最後で不安や負担が大きくなり入院を希望されることがあ

る。その様な状況での受け入れ病院は極端に少ない。当院では、在宅医の訪問診療や往診を受けている患者に対し、最期を病院で迎えたいと気持ちの変化を十分に受け入れ、終末期ケアを提供している。具体的には、その様な患者がいた場合には在宅医より相談があれば入院ベッドの確保（原則個室）を行い、救急部と連携し即座に入院できる環境を整備する。

安心して療養生活が継続できる体制と、心情の変化に対応できる体制は、これからの地域包括ケアシステムに共通する。

(5) その他

① 市民公開講座の開催

「がんとともに、自分らしく～地元の在宅緩和ケアの取り組みについて～」と題し、中国新聞社の平井敦子記者に講演を頂き、地元廿日市市の在宅医、薬剤師、訪問看護師、地域包括支援センター、緩和ケア病棟医師、がん診療連携拠点病院緩和ケア科医師、地域在宅緩和ケアコーディネーターがそれぞれの活動報告を行い、参加者からの質疑応答のシンポジウムを開催した。

アンケート調査実施

市民向け、訪問看護、ケアマネジャー・地域包括支援センターに対し調査を実施した。

② 地域活動

(1) 佐伯地区医師会在宅医療ネットワーク会議

日時：平成 26 年 3 月 17 日（月）19：00～

場所：佐伯地区医師会会議室（廿日市市本町 5-1）

(2) 佐伯地域ケア会議

日時：平成 26 年 11 月 26 日（水）14：00～

場所：廿日市市役所佐伯支所（廿日市市津田 1989 番地）

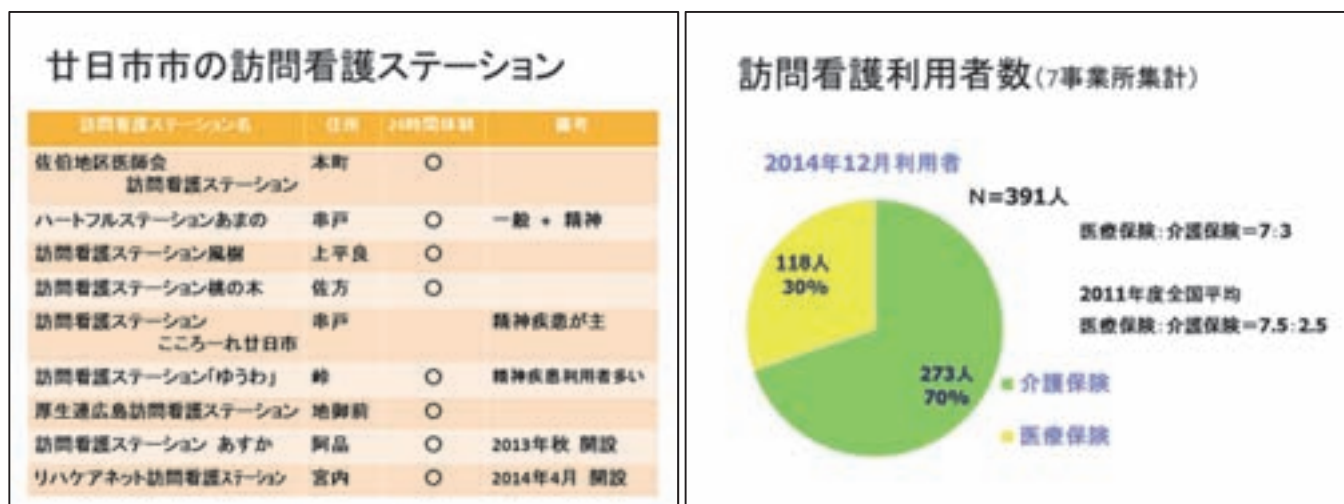
(3) 阿品台いきいきプロジェクト後続事業報告会

日時：平成 27 年 2 月 25 日（水）14：00～

場所：日本赤十字広島看護大学（廿日市市阿品台東 1 番 2 号）

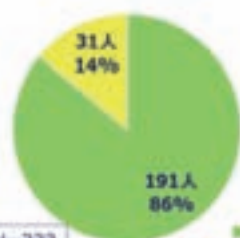
③ 地域現状把握調査

訪問看護ステーションアンケート



訪問看護利用者数

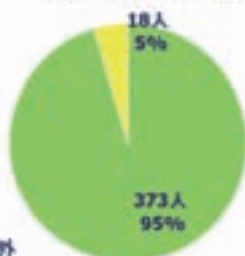
2013年10月(5施設)



N=222

■ がん以外
■ がん

2014年12月(7施設)



N=391

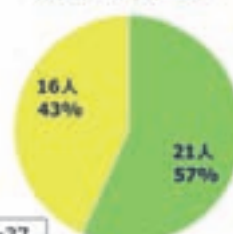
在宅見取り者数

2011年度(4施設)

29人(がん+非がん)

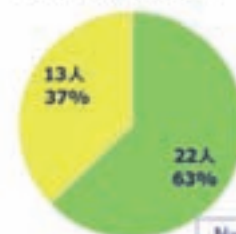
■ がん ■ がん以外

2012年度(5施設)



N=37

2013年度(6施設)



N=35

緩和ケア病棟への入院

・在宅から緩和ケア病棟へ入院

(訪問看護介入中)

4人(2012年度1年間) 5施設中

10人(2013年度1年間) 6施設中

・がん利用者の新り数

過去1年間で、「がんが癒れない」「定員数を超えた」他の理由で新り件数はなし。

当地域のステーションの連携

- ・広島県訪問看護連絡協議会・日本看護協会加入研修会
- ・広島西医療権訪問看護推進協議会 研修会、親睦会、管理者の食事会
- ・JA広島総合病院「輝がん・胆道がん教室」連携 親睦会、4/25・26 在宅医学会発表 「住み慣れた在宅で過ごすために」 一輝がん・胆道がん教室参加者の事例より
- ・2箇所以上の訪問看護の利用 同一利用者に2箇所のステーションからの訪問看護 がん1人(処置あり)、皮膚潰瘍1人 人工呼吸器装着小児の入浴介助2人

【アンケートのまとめ】

- ・廿日市市には9つの訪問看護ステーションがあり、そのうちの2つが精神科訪問看護を主に行っている。
- ・2014年12月の廿日市市内の7つのステーションの利用者は391人で、介護保険利用者が70%、医療保険利用者が30%であった。
- ・全利用者の介護保険と医療保険の割合は7:3でほぼ全国平均並みの割合であった。
- ・1ヶ月間の訪問看護利用者数は1.7倍増加していたが、がんを主病名とする利用者数は、14%から5%に減っていた。
- ・在宅見取り数は横ばいであるが、がんが原因で亡くなった利用者数の割合は、57%から63%に増えていた。
- ・在宅から緩和ケア病棟への入院者数は増えていた。
- ・人工呼吸器・気管切開等、医療依存度の高い利用者の割合が増えている。
- ・がん末期の利用者の割合も増えている。
- ・エリア内では機能強化型訪問看護管理療養費2を算定できるステーションはなかった。

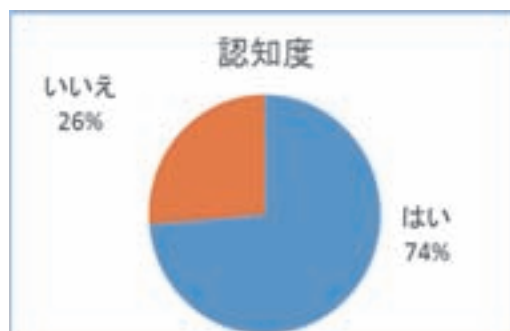
④ 活動評価調査

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所アンケート

33 事業所 返答 19 事業所 回収率 58%

Q1. 広島総合病院にコーディネーターがいるのを知っているか？

広島総合病院にコーディネーターがいるのを知っているか？	
はい	14
いいえ	5



Q2. コーディネーターへ相談したことがあるか？

コーディネーターへ相談したことがあるか？	
はい	5
いいえ	14



Q3. 相談したことがある方

相談した結果どうだったか？ よかった 100%

院内の医師(主治医)につなげてもらえる。地域の訪問診療医につなげてもらえる。緩和ケアの説明を丁寧にしてもらえる。

家族がDr.から受けた説明をまた聞きするとわからないことが多いため、コーディネーターに聞くとも明確なことがわかる

退院に向けての相談に乗ってもらい、こちらの希望をしっかりと聞いてくれ、連絡や調整をしてくださいました。ご家族も何かあるとすぐに相談に行かれていたようです。ご家族への対応も親切だったようです。

すぐに対応してくれた。訪看やケアマネにスムーズにつなぐことができた。すぐの対応に家族がとても安心した。

Q4. 今後、緩和ケアコーディネーターに望むこと

気軽に相談できるようにしてほしい

緩和ケアがイメージできないので広報してほしい

不在などで連絡が取りづらい。すれ違いがないようにする必要がある

住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援体制を整えていけるアドバイスをお願いします

看取りを希望される方も増えてきており、ケアマネだけでは不足することもありコーディネーターの存在は大きな安心になる

実績がなく、色々と教えてほしい

患者さんのもっとアピールしてほしい

全患者を把握するのは無理かも知れないが医師から緩和ケアの話が出ている場合などは積極的に対応をしていただきたい。(他の相談員との役割分担)

6 実施の評価

病院内の診療科や病棟より在宅緩和ケアへの移行の相談が寄せられた。地域資源マップやポスターの効果もあり、地域住民より痛みの対応や療養生活についての相談もあった。

実際自宅訪問し、関係機関と連携し療養生活の構築に至った。在宅緩和ケアコーディネーターの配置のアンケート結果より、がんに関わりのある事業所・スタッフには周知できたが、利用にまで至ったのは26%程度であった。「どの用に利用してよいのか分からない」「もっと広報してほしい」などの声もあった。廿日市市全体では、在宅看取りは横ばいであるが、訪問看護でのがん患者の死亡は増加傾向であった。市民アンケートより、在宅療養を希望するが、最期は病院や緩和ケア病棟への入院を希望する者が多いという結果通り在宅から緩和ケア病棟への入院率も増加していた。

7 今後の取組

患者本人が希望する療養場所での療養を阻害する要因の調査や、在宅緩和ケアをコーディネートできる人材養成を行い、どの機関からも在宅緩和ケアが提供できる窓口へ繋いでいける体制の整備を行う。

さらに、廿日市市五師士会地域包括ケア検討委員会と本人の意思をできるだけ反映させることができるよう、患者本人の希望や思いを家族や医療者と話し合うACPの普及を推進していく。

8 まとめ

地域の多職種に在宅緩和ケアの広報ができたが、コーディネーターの利用方法については課題が残った。患者・家族のニーズに合うコーディネートが身近で行え人生の終焉を分かりやすい（緩和ケアの見える）地域作りに寄与する活動を展開したい。

在宅緩和ケア移行モデル事業実施内容

施設名：JA広島総合病院

区分	小区分	それまでの取組	平成25年度												平成26年度											
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
在宅緩和ケアCoの設置と活動	検討会議等																									
	配置・活動スケジュール																									
	周知活動	佐伯地区医師会よりJA広島総合病院への相談が来り、その結果として、訪問看護師とMSWで担うことになった																								
	その他																									
地域ネットワーク会議の実施	ネットワーク会議																									
	事例検討会	廿日市市五師士会地域ケア検討委員会の委員で地域のニーズに合わせて活動を行っていたが、コーディネーターの理解を得てネットワーク会議の開催																								
	その他																									
地域実践マップ作成	検討会・作成会議等																									
	作成スケジュール	廿日市市五師士会役員委にて地質資源マップについて相談および構成員内審について検討を行った																								
	その他																									
地域連携バス検討	検討会・作成会議等																									
	検討スケジュール	緩和ケア科が行っている在宅患者より看護師患者専用のバスの運用および、緩和ケア科から在宅緩和ケア専用の連携バス(紹介状)を利用																								
	その他																									
その他																										

平成25年 地域ネットワーク会議 名簿

(委員)

名前	役職	備考
松本 春樹	中日市五師士会 (佐伯地区医師会会長)	松本クリニック
小笠原 英敏	中日市五師士会 (地域包括ケア検討委員長)	勝谷・小笠原クリニック
木村 泰博	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	きむら内科小児科医院
中丸 光昭	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	中丸クリニック
長谷川 健司	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	長谷川医院
斉藤 裕次	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	斉藤脳外科クリニック
貝出 泰範	中日市五師士会 (佐伯歯科医師会 中日市支部会長)	かいで歯科医院
森川 みか	中日市五師士会 (中日市薬剤師会)	森川薬局対麻山店
網本 悦子	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	佐伯地区医師会訪問看護ステーション
板本 みか	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	ハートフルステーションあまの
吉野 雷美子	中日市五師士会 (中日市介護支援専門員連絡協議会)	中日市地域包括支援センターはつかい
山岡 和美	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	中日市地域包括支援センターはつかい
宮田 恵子	中日市五師士会 (事務局)	中日市地域包括支援センターはつかい
安田 美治	中日市五師士会 (事務局)	佐伯地区医師会訪問看護ステーション
村本 好講	中日市五師士会 (事務局)	佐伯地区医師会
竹廣 順次	広島県西部保健所 厚生課長	
小深田 義勝	JA広島総合病院 病院長代行	医療福祉支援センター長
小松 弘尚	JA広島総合病院 内視鏡科・緩和ケア科 主任部長	
磯貝 明彦	JA広島総合病院 薬剤部	緩和薬物療法認定薬剤師
佐藤 澄香	JA広島総合病院 地域医療連携室・総合医療相談室 室長	
高原 さおり	JA広島総合病院 看護科主任	緩和ケア認定看護師

(オプザーバー)

本家 好文	広島県緩和ケア支援センター長	
服多 美佐子	広島県健康保健福祉局 がん対策課専門員	
増田 百合香	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室 主任専門員	
石橋 里美	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室 主任看護専門員	

(事務局)

古本 直子	厚生連広島訪問看護ステーション 管理者	緩和ケア認定看護師
正島 忠貴	JA広島総合病院 総合医療相談室	
中司 貴子	JA広島総合病院 地域医療連携室	

(順不同)

平成26年 地域ネットワーク会議 名簿

(委員)

名前	役職	備考
山根 基	中日市五師士会 (佐伯地区医師会会長)	山根クリニック
小笠原 英敏	中日市五師士会 (地域包括ケア検討委員長)	勝谷・小笠原クリニック
木村 泰博	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	きむら内科小児科医院
中丸 光昭	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	中丸クリニック
長谷川 健司	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	長谷川医院
斉藤 裕次	中日市五師士会 (佐伯地区医師会)	斉藤脳外科クリニック
貝出 泰範	中日市五師士会 (佐伯歯科医師会 中日市支部会長)	かいで歯科医院
渡辺 文衛	中日市五師士会 (佐伯歯科医師会 中日市支部)	渡辺歯科
森川 みか	中日市五師士会 (中日市薬剤師会)	森川薬局対麻山店
網本 悦子	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	佐伯地区医師会訪問看護ステーション
板本 みか	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	ハートフルステーションあまの
伊東 善大	中日市五師士会 (理学療法士会)	アマノリハビリテーション病院
吉野 雷美子	中日市五師士会 (中日市介護支援専門員連絡協議会)	中日市地域包括支援センターはつかい
延安 華世	中日市五師士会 (広島県看護協会 中日市支部)	中日市地域包括支援センターはつかい
國末 礼子	中日市五師士会 (栄養士会)	やすらぎの里
宮田 恵子	中日市五師士会 事務局	中日市地域包括支援センターはつかい
安田 美治	中日市五師士会 事務局	佐伯地区医師会訪問看護ステーション
村本 好講	中日市五師士会 事務局	佐伯地区医師会事務局長
榎 武志	中日市記念病院 地域医療連携室長	中日市記念病院
竹廣 順次	広島県西部保健所 厚生課長	
小松 弘尚	JA広島総合病院 内視鏡科・緩和ケア科 主任部長	
磯貝 明彦	JA広島総合病院 薬剤部	緩和薬物療法認定薬剤師
佐藤 澄香	JA広島総合病院 地域医療連携室・総合医療相談室 室長	
高原 さおり	JA広島総合病院 看護科主任	緩和ケア認定看護師

(順不同)

(オプザーバー)

本家 好文	広島県緩和ケア支援センター長	広島県緩和ケア支援センター
服多 美佐子	広島県健康保健福祉局 がん対策課専門員	
亀井 典子	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室 室長	
増田 百合香	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室 主任専門員	

(事務局)

古本 直子	厚生連広島訪問看護ステーション 管理者	緩和ケア認定看護師
正島 忠貴	JA広島総合病院 総合医療相談室	

痛みなど、つらい症状を緩和して
住み慣れた  家で過ごすために。

まずはご相談ください。



JA広島総合病院には痛みや不安、生活を支える地域在宅緩和ケアコーディネーターがいます。
地域在宅緩和ケアコーディネーターは、あなたの「生きる」を支え、「家で過ごせてよかった」と思っていたけるように、
ご本人・ご家族を支える役割をさせていただきます。



JA HIROSHIMA GH

JA広島総合病院 医療福祉支援センター

TEL(0829)36-3111・FAX(0829)36-3160

地域在宅緩和ケアとは？

住み慣れた場所で、自分らしい生活を送ることができるよう、緩和ケアを提供することです。

※緩和ケアとは… がん患者さんやそのご家族が、病気の進行に伴って直面する様々な身体的・精神的苦痛を軽減できるよう、多職種でチームを組み、患者さんご家族の意思を尊重した医療・ケアのことをいいます。



JA広島総合病院には痛みや不安、生活を支える地域在宅緩和ケアコーディネーターがいます。詳しくは「在宅緩和ケア資源マップ 廿日市市版」をご覧ください。



- ♡ その他
- ♡ 福祉士会・栄養士会
- ♡ 訪問看護・訪問介護・理学療法士
- ♡ 居宅介護支援事業所
- ♡ 薬局
- ♡ 歯科診療所
- ♡ 診療所・病院

在宅緩和ケア 資源マップ

【廿日市市版】



入場無料
事前申込不要



JA広島総合病院

第10回

市民公開講座

がんによる体や心の痛みなどのつらい症状を緩和して、
住み慣れた家で過ごせる事を知っていただく為に、公開講座を開催します。

先着500名に
記念品
プレゼント!

日時

平成27年1月25日(日)
13:00~15:30 [開場12:00]

会場

はつかいち文化ホールさくらびあ
大ホール[定員1,000名]



がんとともに、自分らしく
～地元の在宅緩和ケアの取り組みについて～

1

〈特別講演〉

マスメディアから見た最期の迎え方
中国新聞社 文化部 平井 敦子 氏



〈講師紹介〉
平成25年1月～10月まで、中国新聞朝刊「暮らし」面において、「最期の迎え方」を連載。

2

〈シンポジウム〉～地元の在宅緩和ケアの取り組みについて～



〈座長〉
株式会社アピニフ 部長
小笠原 英敬



JA広島総合病院
緩和ケア科主治医
小松 弘尚



せせら内科小児科医
部長
木村 泰博



廿日市記念病院
部長
狹田 純



廿日市地域福祉支援センター
所長
佐々木 智恵美



高川薬局
運営主任
森川 みか



広島県医師会
緩和ケアコーディネーター
岡 恵子



JA広島総合病院
地域在宅緩和ケアコーディネーター
正島 忠貴

3

〈質疑応答〉

主催 / JA広島総合病院
お問合せ / JA広島総合病院 地域医療連携室
Tel. 0829-36-3111(内線2266)
Fax. 0829-36-3160
<http://www.hirobyo.jp/>



JA広島総合病院 院長 黒木 直樹

後援 / 廿日市市・大竹市・佐伯地区医師会・大竹市医師会・JA佐伯中央

社団法人のせきけん
公益社団法人のせきけん



ウラ面のFAX送信票をご利用下さい。質疑応答コーナーで皆さまからの質問にお答えします。パネリストへの質問をお寄せ下さい。※時間の都合上、全ての質問にお答えできないこともありますのでご了承下さい。

モデル事業実践報告 [東広島地区医師会]

1 はじめに

東広島地区医師会では、平成 12 年介護保険開始時より「地域ケア総合委員会」を設置し、地域医療の推進全般に取り組んできた。現在までに社会の変化や地域の課題に対応するため、委員会内に「介護保険部会」「緩和ケア部会」「認知症部会」「医療連携部内」の 4 つの部会を設け、時代の変化に対応してきた。「医療連携部会」は、平成 24 年度国のモデル事業である在宅医療推進拠点事業の採択を受け、部会の設置し本格的に在宅医療推進に向け取り組みを行なった。国の事業は 1 年で終了したが、その後広島県在宅医療推進拠点事業を平成 25～26 年度実施してきた。この事業では、前年度の国の事業である在宅医療推進事業と同じく、在宅医療推進に向け活動を行うこととなった。

また、当地区では当医師会の「緩和ケア部会」が中心となり、「緩和ケア症例検討会」を「スイート緩和ケア症例検討会」と銘打ち、平成 19 年から開催をしてきている。このような地域の基盤の中、在宅緩和ケアモデル事業を実施することとなり、平成 25～26 年の 2 年間に於いてモデル事業を実施した。今回は在宅緩和ケアモデル事業の 2 年間の取組を中心に報告する。

2 地区の概要

東広島市の概要：人口 184,791 人 高齢化率 22.5% 特に高齢化の進む山間部地域の過疎型と市中心地の都市型の混在した市の人口構成となっている。そのため、町別高齢化を見ると 14.7～40.4% と地域により高齢化率の差が見られている。

平成 23～24 年度東広島地区医師会調査では、在宅緩和ケアの実践をしている医師は、開業医の 53 人が訪問診療の実践や実践が可能であるとの結果を得た。また、在宅緩和ケアの実践可能であると答えた医師は 21 人であった。しかし、同調査から得られた課題解決に向け、平成 24 年 8 月に同医師会内に「地域連携室 あざれあ」（厚生労働省モデル事業採択を受け）を設置した。具体的課題として、①稀な器具・薬品設置への対応困難に関すること、②24 時間対応の訪問看護師育成や教育が挙げられた。当医師会では①に対し、調剤薬局内に備蓄センターを設置し連携室を事務局に課題解決を行った。②に対し、緩和ケアに関する研修会を積極的に開催し課題解決に取り組んでいる。

人口動態統計による東広島市の平成 24 年の自宅死亡率は 9.5%だったが、平成 25 年度は 11.3% と上昇している。また、がんの在宅死亡率を見ると、5.6%から 8.2%と上昇がみられる結果となっている。

3 モデル事業実施目的・目標

目的：地域での医療・介護・福祉の顔の見える関係作り

地域包括ケアシステムの推進

在宅看取りの風土の熟成

目標：地域在宅緩和ケアネットワーク会議の開催運営

資源マップの作成・活用

在宅緩和ケア推進体制の充実・強化

在宅看取りのチーム作り

4 取組内容（別表1参照）

当モデル事業の2年間の事業実施内容は表1のとおりである。活動の中で退院前の調整や終了後のデスカスカンファレンスに重きを置いた。まさに、顔の見える関係作りから意見の言える関係作り（協調）をコーディネーターが中心となり組織、地域を横断した。

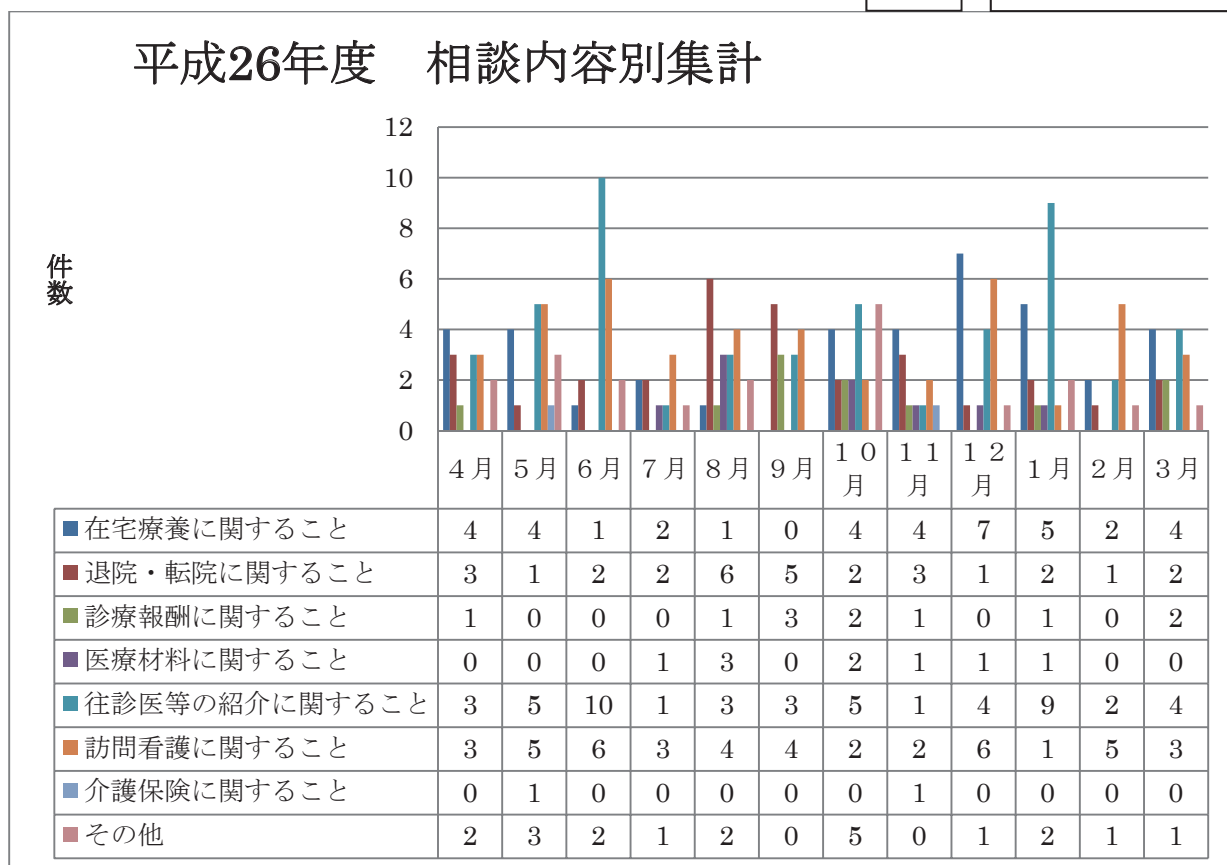
5 各事業の実施状況

在宅緩和ケアコーディネーターは、同医師会内の訪問看護ステーションの所長として、訪問看護活動や地域の在宅移行時の相談役などを行っていた常勤の訪問看護認定看護師が役割を担った。配置時間は（週5日、1日）4時間とし、それ以外は、同時に実施した広島県在宅医療推進事業での活動としたが、深く関連する内容であるため、柔軟な対応での活動を行った。活動の主な柱は次に示すとおりである。

(1) 相談活動：109件/2年間の緩和ケア関連相談件数

図1

平成26年度例



同時に実施した広島県在宅医療推進事業での相談支援活動を含め全体の相談内容を図1に示す。図1で示すように、在宅療養に関すること、往診医等に関することの相談が多いことがわかる。又コーディネーターの資格の関係上、訪問看護に関することも多くを占めている。

2年間の相談件数の総数は、474件でありそのうち本事業の緩和ケアに関することは、109件であった。相談元は、MSW・訪問看護師・ケアマネジャー・包括支援センター・医師などからが全体の8割程度を占めている。家族の立場の市民からの相談も2割近くあった。

[相談内容]

相談内容としては、①退院後の支援体制②在宅看取りに関する資源情報提供及び意思決定支援への助言③終末期の意思決定支援や家族支援への助言④医療材料や診療報酬に関する情報提供及び助言が多い。また、相談の形態としては、概ね電話での対応であった。時にケアマネジャーや訪問看護師、地域包括支援センターとの同行訪問を行ったが2年間を通して1割程度の10例であった。

[カンファレンス参加、デスカースカンファレンス参加：20件/2年間]

カンファレンスの参加や開催は当地区の独自性が高い項目である。相談事例においては退院前カンファレンスでの事実関係やその場での対応や協議が大きなポイントとなるためカンファレンスへの同行を希望した。退院前のカンファレンスはほとんどが入院中の病院で行われている。このカンファレンスにおいて特に福祉系職種のケアマネジャーでは、医師や看護師、薬剤師が発する言葉の共通理解や医療依存の高い事例で在宅療養に必要な、医療のシンプル化の視点や医療材料の調整等についての助言がコーディネーターに求められる大きな役割となる。

また、在宅ケアチームの成長地域課題発見や解決に向けてデスカースカンファレンスの開催への助言や参加も積極的に行った。対応した一つ一つ、お一人お一人の事例をチーム間で振り返りお互いを尊重し、また、事例の持つ意味を振り返ることでチーム間の他職種への理解にも繋がっていく。地域課題への解決に向けて動く1歩になるとの手ごたえも感じ始めている。

(2) 事例検討会：2回/2年間

当地域では平成19年度より、広島中央圏域地域保健対策協議会（以下地対協と称す）が主体で緩和ケアの症例検討会（名称の由来は参加者が「ここちよい・優しい」症例検討会）を行っていた。その流れを受け継ぐ形で、平成25年度より継続して開催している。継続することでの成果は、医療側面すなわち、疾患や症状に視点を置いた検討から、食事、排泄、清潔等生活視点を含めた検討がおこなえるようになり、また対象者個人の生きがいや、生きる意味などのスピリチュアルな側面への視点の検討も行えるようになった。以下2年間の概要をまとめた。

H25年度スウィート緩和ケア症例検討会（第6回）

テーマ：「看護師が行うべき患者の意思決定支援

～70歳代Tさん胆管がんの症例を振り返って～」

参加者数：92名（医師・ケアマネジャー・介護士・看護師・薬剤師などの多職種）

報告者：訪問看護師・ケアマネジャー

講評者：緩和ケアチーム医師 訪問看護認定看護師

平成26年度スウィート緩和ケア症例検討会（第7回）

テーマ：「希望だもん、叶えようよ。～独居がん患者さんの看取りの実践より～」

参加者：108名（医師・ケアマネジャー・介護士・看護師・薬剤師などの多職種）

報告者：ケアマネジャー・訪問介護・在宅緩和ケアコーディネーター

講評者：東広島市高齢者支援課・広島県地域包括推進センター



報告者の発表



グループワークの様子

【結果と特徴】

当地区では症例検討会を平成 19 年より 7 年間継続して行ってきた。また、多職種の交流会も平成 24 年より合計 5 回開催しており、「顔の見える関係」の構築は出来てきている。このような中、平成 26 年度のテーマを日々の相談支援で受けた事例の中から、地域課題と考えられた「独居の方の看取り」を挙げた。サービス終了後のデスクケースカンファレンスでは、行政を含め開催をしたが「独居の方の看取り」の具体的な解決策や、行政を含めた対策、施策、地域作りへの解決には進まなかった。その為、「独居の方の看取り」は「地域課題」として避けて考える事は出来ないと考え、多職種で検討できるこの検討会でのテーマとする仕掛けを行った。参加者からは、「同じ内容、目的で多くの方が集まり検討された事が自分にとっては非常に勉強になりました。」「いろいろ問題を提起してもらった研修会であった。」などの感想が得られた。また、講評者からは地域で「独居の看取り」をテーマに事例検討が行えるということは、「チームの成熟」を意味している、「この経験を事例検討できた事は、地域の宝となる」と高い評価を得た。今後増えるであろう、「独居の看取り」を地域の課題とし、しかし、叶えられる街へとされるよう、在宅看取り文化の構築とそれを支援するチームの更なる成熟に向けて今後も、緩和ケア事例検討会は必要であると考えます。

(3) こころの駅舎（がん患者、家族、支援者のつどい）

地対協での「地域緩和ケア協議会」の取り組みの中で、「がん患者、家族のサロン」が必要ではないかと課題が挙げられていたが、サロンの開催には至っていなかった。しかし、今事業においてその機会を得ることが出来たため同協議会委員である、東広島市健康増進課、西部東保健所保健課とともに「がん患者、家族、支援者のつどい こころの駅舎」を取り組む事となった。

なお、こころの駅舎の名称由来は、「重い手荷物は「こころの駅舎」にあずけ楽しい時間というみやげをカバンに詰めて、また次の駅舎目指して旅を続けよう」である。

こころの駅舎の構成は、1部をミニ講演 2部を交流会（おしゃべり）の2部構成としている。

毎回地域の開業医の参加があり、交流会はその医師達を交えて行い、参加者からは、「先生とこんな話ができるなんて」「同じ立場の人と心から話ができる」「辛いことをわかってもらえる」などの感想が寄せられ毎回好評である。2年間で6回開催し参加者延べ人数は122名であった。以下は開催日とテーマである。

平成25年度

- ・4月25日：「こころのしあわせ」
- ・8月22日：「かかりつけ医をもちましよう」
- ・12月19日：「ヘルマン ハープ」

平成26年度

- ・4月24日：「主人の過ごした時間を振りかえって」
- ・8月21日：かなたからのひかり～ほしといのちとわたしたち～
- ・12月18日：「余命20か月からの出発—つながる人の縁—」

【結果と特徴】

毎回参加者は、ゆっくりとした時間と少しの知識や当事者、医師、支援者との交流というお土産を手に、満足感で帰宅されいつも満足度の高い結果を得ている。また、この企画を当事業を受けている当連携室が事務局となり行っているが、担当者は西部東保健所保健課、東広島市役所健康増進課、小規模多機能施設代表者、医師会担当医師とが協議を行いながら進めてきている。

また、サロンには、地域でのがん拠点病院のがん相談員・看護師の協力を得ながら開催している。これも、特徴であると共に職場、職種を超えての関係構築となり地域在宅緩和ケアの推進に一役を担っているといえるのではないだろうか。今後も継続できるよう取り組んでいきたい。

(4) ボランティアの研修：受講者数53名うち15名緩和ケアボランティア登録

(実施状況)

H25年10月10日 吉川 清巳氏 永嶋 美幸氏	・緩和ケアとは？全人的苦痛とは？ ・患者・家族のこころのケアについて	35名
H25年10月30日 高橋 宏幸氏 大石 睦子氏	・在宅医療・在宅緩和ケア ・ボランティア体験談・ボランティアとして大切な事	20名
ボランティア登録		15名
H26年7月8日 H26年8月5日 和多田 進氏	聞き書き講座 だれにも役立つ聞き書きの方法	18名



「患者・家族の心のケア」
講義の一場面

(5) がん在宅看取り事例検証（H26年度のみ）

〔検証の背景〕

がん在宅死亡率の全国平均が9.6%に対し広島県では8.4%に留まっている（H25人口動態統計）。そこで、がん患者の在宅看取りを推進するために実際の検証を行い、在宅看取りのための課題や達成するための要因を調査する必要があると考えた。

〔調査目的〕

- ①がん患者の在宅看取りの傾向を知る
- ②在宅看取りを可能にする条件（要因）を知る
- ③協力訪問看護事業所が自らの事業所の質を振り返るきっかけとなる
- ④在宅看取り事例のモデル化を試みる 2）調査期間

〔調査対象〕

東広島市、竹原市及び隣接する大崎上島の訪問看護事業所（10か所）に勤務するがん患者の在宅看取り経験のある訪問看護師（延べ17名）

〔調査方法〕

- ①調査用紙への記入及び対面聞き取り調査
- ②調査用紙への記入及びFAX、電話での回答

〔調査実施期間〕

- ①平成26年7月15日～平成26年10月2日
- ②平成26年12月16日～12月23日

〔結果〕

聞き取り事例20事例のうち「成功」と思う事例は14事例で、「課題あり」と感じる事例は6事例であった。その判断基準となる事柄は以下のように分析できた。

1. 痛みのコントロール
 2. 症状コントロール
 3. 本人の意思決定支援
 4. 医師との関係
 5. 家族との関係
 6. 多職種との関係
- が挙げられた。

※「成功」とは、訪問看護師の主観で、達成感があったことや本人の希望する看取りが行えた事例とした。

「課題ある」とは、訪問看護師の主観で、達成感がなかったことやプロセスの中で苦悩が強

かったことや、本人の希望する看取りに至らなかった事例とした。

その他注目すべき事項として、以下の6項目があった。

- ① 多職種との同行訪問の有無：同行訪問については、「成功」事例が79%であるのに対して、「課題のある」事例は33%で、同行訪問の割合が低い結果がでた
- ② 成功事例の6事例に薬剤師の関与がみられた。
- ③ 「課題のある」事例では、ヘルパーの導入事例はなく、福祉用具の導入も療養期に入ってからとなっており、「成功」事例に比べて関わる時期が遅くなっている。
- ④ 「成功」事例では家族が殆どの時期に関わりがあるのに対し、「課題のある」事例では、家族の関わる割合が低くなっている。また「成功」事例では早くから知人の関わりがあるが、「課題のある」事例では知人の関わりは終末期に入ってからであった。
- ⑤ 本人の心づもりの傾向としては、「成功」「課題のある」を比較すると、「課題のある」事例の方が本人は「医師」や「家族」と話し合い、もしもの時に備えて代わりの人を決めていた。また文書にも残しているという結果であった。
- ⑥ 家族の心づもりの傾向としては、「成功」事例では、家族が「医師と話し合っている」と回答した割合が高くなっていることと、「在宅看取りの意思」が明確であることが挙げられよう。未記入を除けば、「成功」事例では全ての事例において家族は医師と話しあっており、また在宅看取りの意思があったといえる。

一方「課題のある」事例では、家族は本人とは話し合っているものの、「医師と話し合っている」割合は、34%、また、「在宅看取りの意思」のある家族は67%に止まった。

※「心づもり」とは、広島県版「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の手引き」を参考に、本人の心づもりでは、①家族との話し合②医師との話し合③療養場所④もしもの時の代弁者の選定⑤心づもりの文書化についての聞き取りを行った。また、家族の心づもりでは、①本人との話し合い②医師との話し合い③在宅看取りの意思についての聞き取りを行った。

[結果と特徴]

20 事例の聞き取りから導き出された成功の要因と課題を分類した結果、＜痛みコントロール＞＜症状のコントロール＞＜患者の意思決定支援＞＜医師との関係＞＜家族との関係＞＜多職種との関係＞の6つのカテゴリーが抽出された。また、「課題あり」の要因としては、医師と訪問看護師の意思疎通が影響していることが導き出された。この解決には訪問看護師は患者の苦痛緩和や療養への希望を支援する役割を担うべき存在として、患者の意向が反映されるように医師との調整を積極的に行う必要がある。また、訪問看護師は家族の負担や不安があることに気づいているにもかかわらず、軽減に至っていないと実感し、多職種との連携が不十分であることも課題となっていた。訪問看護師が医師や他職種と連携するためには、全体調整の視点、総合的な判断、多様な家族支援が必要である。一人でも多くのがん療養者の在宅看取りを実現するためには、訪問看護師が療養者の全体像を把握し、ケースマネジメント能力を高めることが重要であることがわかった。このような、地域を広く面でもとらえた調査ができたのは、この事業の大きな成果であると考えられる。今後も、このような地域での調査が今事業でできることを望む。

(6) 緩和ケア研修会開催・研修会講師

[実施の背景]

日々の相談事例から導き出された課題を基に、研修会の企画を心掛けてきた。それは、2年間の相談の実践において、「1事例が示す課題は1事例のみの課題ではない」という実感から来ている。在宅医療を担う、医師、訪問看護師の医療従事者は一人一人の苦悩に真摯に向き合い症状緩和や苦悩の軽減のための治療やケア提供を行っている。そのような実践現場からの相談の中から、タイムリーな研修会の企画、開催を行ってきた。以下はその研修会内容の一覧である。

開催日/講師	研修会名	参加者
平成26年3月21日 阿部 まゆみ氏	リンパ浮腫研修会	18名
平成26年7月11日 岡崎 正典氏	がんによる痛みとオピオイド	84名
平成26年9月18日 松浦 将浩氏	疼痛緩和研修会 PCA ポンプの使い方	20名
平成26年10月16日 石口 房子氏	在宅看取りにおけるスピリチュアルケア ～特徴とケアの実際～	87名

(7) ミニ講座:2回 延参加者数 51名

[結果と特徴]

ミニ講座とは、通所サービス事業所に出向き、サービス利用者を一般市民と捉え「在宅医療」の啓発活動を行った。訪問看護師による在宅療養についてとケアマネジャーによる在宅療養の調整についての講座を開催した。参加者の感想は、「安心できた」「在宅療養のことがわかった」等の結果を得た。

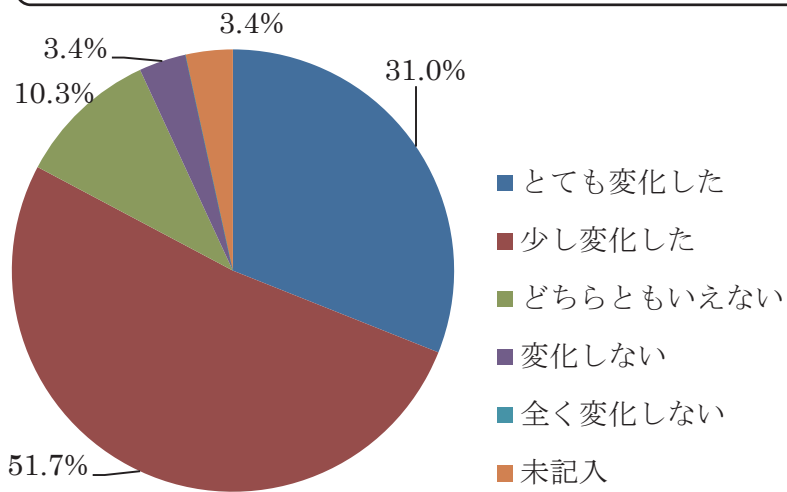
(8) 出前講座:3回 延参加者数 152名

出前講座とは、東広島市内の一般病院を対象に在宅医療の講座を病院に出向き講演を行った。在宅医による在宅医療の実際編と訪問看護認定看護師による訪問看護の実際編の講義を1時間30分程度行った。



A病院での出前講座風景
在宅医による「在宅医療の実際編」風景

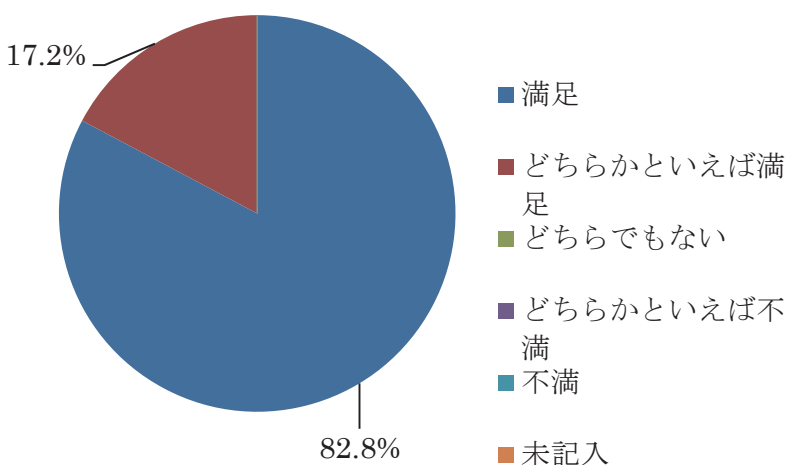
D. 「在宅医療」についてイメージの変化



A病院での出前講座
アンケート結果一部抜粋

A病院のアンケート結果

A, 研修会全体の満足度



「在宅医療の理解」や「在宅緩和ケアの理解」の満足度

3病院への出前講座を行い、どの病院でも上記同様の結果を得た。

「在宅医療」のイメージの変化についての問いでは、とても変化した、少し変化したを合わせて83%となっており、出前講座の開催は急性期病院医師や職員に対し「在宅医療の理解」や「在宅緩和ケアの理解」に対し効果が高い結果が出たといえる。病院内での研修に在宅支援職員の参加が少なく、反対に在宅での研修には病院職員の参加が少ないのが現状であるが、病院内の研修に在宅医や訪問看護師が出向いての出前講座は、どの地域でも効果的であると考えられる。

(9) 市民講座:1回 参加者数およそ 800名

[実施の背景]

平成 24 年の「在宅医療推進拠点事業」時より、市民へ「在宅医療」「在宅での終末期ケア」の普及啓発を継続して行っている。平成 24 年度の市民講座「長尾和宏氏の平穏死のすすめ」開催後のアンケートでは、「やっと自分の望む医療が見えてきた」「医療が変わってきている」との反響が寄せられ、市民講座開催後にも市民からの感想の電話やメールが届き、「自分自身の生き方、死に方」への市民の興味の大きさがうかがわれた。そこで、平成 26 年度は、お一人様シリーズの著者である上野千鶴子氏と在宅緩和ケアの実践医師である小笠原文雄氏を迎え、両者の著書である「一人で家で死ねますか？」をテーマに、地域の課題でもある「独居の看取り」や市民の強い興味である、「自分の生き方、死に方」についての内容がふさわしいと考え企画をした。

[市民講座概要]

平成 26 年 2 月 23 日 13:30～16:00

「自分の生き方のみちしるべ～小笠原先生一人で家で死ねますか？」

講演会内容

- ① 家族・支援者報告
- ② 講演 上野千鶴子氏 小笠原文雄氏
- ③ 対談 上野千鶴子氏 × 小笠原文雄氏



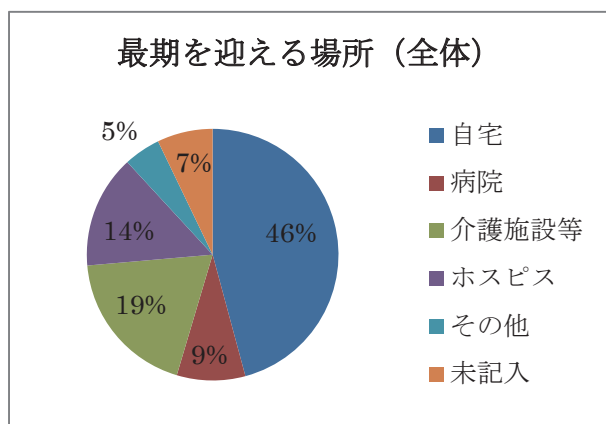
上野千鶴子氏×小笠原文雄氏 対談



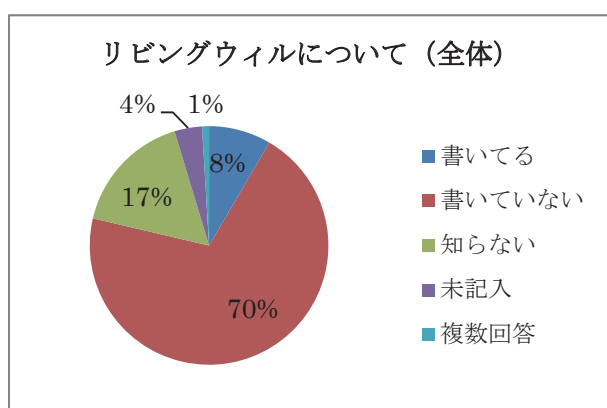
800名の参加者

[結果と特徴]

アンケート結果の一例



最期を迎える場所については全体では約半数が「自宅」と回答している。



約7割が「書いていない」と回答している。

[アンケートその他の記述]

東広島市も在宅ケアの充実を望みます。介護保険を高額に納入しています。医療が連携することを望んでいます。かつて主人の両親や母の妹夫婦を看取って今思うのは、看取りは大変だということです。

尊厳死、安楽死についての国民的討論をすること。市長の政策を見直すこと。東広島市の10年後を見据えた多様な選択肢をネット上で簡単に提供してほしい。訪問診療の個人医院名、医師等公開していただきたい。

(10) 地域ネットワーク会議の実施

平成25年度は1回の開催のみとなり、平成26年度は2回開催した。

委員の選出については、在宅医療より医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカーを選出し、在宅療養よりは、ケアマネジャー、訪問介護、小規模多機能事業所より選出した。また、行政の立場よりは東広島市健康増進課・西部東保健所保健所保健課から広く委員の選出を行った。以下に委員一覧を示す。

地域在宅緩和ケアネットワーク委員

氏名	所属
楠部滋	東広島地区医師会 副会長
高橋宏幸	東広島地区医師会 緩和ケア担当理事 地域在宅緩和ケアネットワーク委員長
上杉文彦	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター緩和ケア推進チーム
川口健二	東広島市歯科医師会
金好康隆	東広島薬剤師会 会長
金田理沙	サンひまわり訪問看護ステーション (H25 年度担当)
尾和登美子	サンひまわり訪問看護ステーション (H26 年度担当)
中村由美子	東広島市居宅介護支援連絡協議会
川田恵美子	広島県訪問介護事業連絡協議会 東広島ブロック委員
渡邊壽江	小規模多機能事業所協議会
前田ひろみ	東広島地区ソーシャルワーカー会
亀野幸一郎	西部東保健所保健課長
坂見晴子	東広島市健康増進課健康支援係長

第1回在宅緩和ケアネットワーク会議平成 25/5/30 開催写真) 委員 12 名出席 事務局 3 名出席



平成 27 年度以降、緩和ケアモデル事業が終了後の体制については、多くの委員が医師会での継続した事務局活動が望ましいと話し合った。

(11) 地域資源マップ作成・活用

東広島地区医師会地域連携室では、3 年間継続し地域の社会資源マップを制作している。在宅緩和ケアの推進は地域包括ケアシステムの推進にも関連していると捉え、緩和ケアについての情報や資源のみの掲載ではなく、在宅医療全般についての資源情報を掲載した資源マップの作成に取り組んだ。

作成後の活用・普及としては、「退院時の調整に非常に役に立つ」、特に「各医院やサービス事業所の特徴について詳細に分かる」などの評価が得られた。実際に平成 25 年度と 26 年度の相談内容の在宅医やサービス事業所の問い合わせ件数の減少につながっている現状からも活用度は評価できる。

以下に3年間の回収率を示すが、継続することは掲載率を挙げることに繋がることがわかる。現在は医療機関や介護保険サービス事業所や民生委員などケアの担い手への配布であり市民一人一人の手に届けられるほどの部数の印刷には至らず、ホームページ上での公開となっている。しかし、いずれ本来の「地域包括ケア」の対象者である市民のための資源マップにつなげていくためにも継続した取り組みや事業が有効である掲載率を100%へ近づけることが大きな課題である。課題解決のためには、市との協働が望まれる。

[手順]

東広島市内の医院・診療所・歯科医院・介護保険サービス事業所などに、FAXを用いて資源マップに掲載するための情報の記入を依頼し、記載し返信のあった事業所のみを掲載した。

年度	返信率
平成24年度	57.1%
平成25年度	75.8%
平成26年度	80.1%

平成26年度版 資源マップ
 (掲載は、掲載への承諾が得られた事業所のみとした)

掲載率の変化



6 実施の評価

- 目的 (1) 地域での医療・介護・福祉の顔の見える関係作り
- (2) 地域包括ケアシステムの推進
- (3) 在宅看取りの風土の熟成

評価：

- (1) 地域での医療・介護・福祉の顔の見える関係作りについて

① どこまでできたか

平成24年度より、地域包括ケアシステム構築に向けての取り組みもあり、顔の見える関係作りのための交流会や事例検討会、研修会を通し同職種間、多職種間の顔の見える関係作りはできている。特に事例検討会のグループワークの進行や発表からはチーム間の成熟度が伺える。顔の見える関係以上に、感情の交流や意見の交流が生じ話し合え、新たな発想や他者の考えを取り入れることができている。

これらの事業を通し、地域包括ケア推進に必須とされている医療介護連携が進むと考えられる。

② 今後何が必要か

顔の見える関係作りは連携の第一段階と言われている。当地域では顔の見える関係作りから、意見の言い合える、協調できる段階になってきている。この後に必要となることは、完全な統合の段階である。この完全な統合のためには、行政が主体となり課題解決に向けた施策や新たな体系が作り出されるシステムへと広がっていくことが必要である。

(2) 地域包括ケアシステム構築について、在宅看取りの風土の熟成について

① どこまでできたか

国民の多くが望んでいる「最期まで住み慣れた町で暮らし続ける」ためには、「地域包括ケアシステム」の根幹である、「本人・家族の心づもり」が1番の土台であるが、その枝葉とし図式化されている在宅医療の医療・看護・介護・リハビリの推進が必要と言われている。

その為には、市民への「在宅医療」の啓発も1つに挙げられる。当連携室の行った、市民講座やミニ講座は市民への在宅医療の啓発において市民講座への参加者 800名やアンケート結果の「東広島市も在宅ケアの充実を望みます。」「医療が連携することを望んでいます。」からも、「在宅医療の理解」への効果がある程度あったと考えられる。数回の講座で「在宅医療の理解」が市民全体に広がったとは考えにくいいため、できれば今後も同様に継続した活動が望ましい。

病院での出前講座は、アンケート結果から成果はあったと考えられる。

② 今後何が必要か

市民を対象とした「在宅医療への理解」のための市民講座や病院の職員を対象とした「在宅医療理解のための出前講座」への参加者は、市民や医療従事者の一部に過ぎない。特に、病院医師や医療従事者はまだまだ、医療支援の視点が高く、介護支援、生活支援、生きがい支援、こころの支援の視点が持てるよう、在宅医療のみでなく、在宅療養についての出前講座や出前講座での意見交換など今後も継続し交流の場を仕掛けていくことが必要と考える。受けたい医療、ケアに対する心づもり（「ACP」アドバンス・ケア・プランニング）に関する内容を踏まえることも医療支援に偏らない、在宅緩和ケアの普及や在宅看取りへの風土、文化の熟成に繋げていけるのではないかと。

また、「在宅緩和ケア」「在宅看取り」の評価指標の検討作成が必要であるが、評価指標を何にするかという議論ができていない。例えば、在宅看取り数を評価指標とする考えを適用する場合、このデータを把握することは、行政からの情報提供は個人情報観点から困難な面もある。また違う視点で見ると、在宅看取りの在宅の定義を何にするか？についても見解の一致には至らない。死亡診断書による、在宅と記される場所が個人の自宅であるか、高齢者住宅や小規模多機能事業所であるか、またはグループホームであるかなどの詳細な区別の把握が必要なのではないだろうか？その上で、市全体で在宅看取り数の目標値を評価指標とすることが望ましい。そのための障壁はかなり高いと考えられるが、まずその議論から始め共通認識を持って在宅緩和ケアの評価指標を決めていくことを各地域で始めることが、地域包括ケアシステムの指標の一つにもなるのではないだろうか？地域包括ケアの理念である「国民のだれもが望む場所で最期まで暮らせる地域作り」は広島県の地域在宅緩和ケア推進

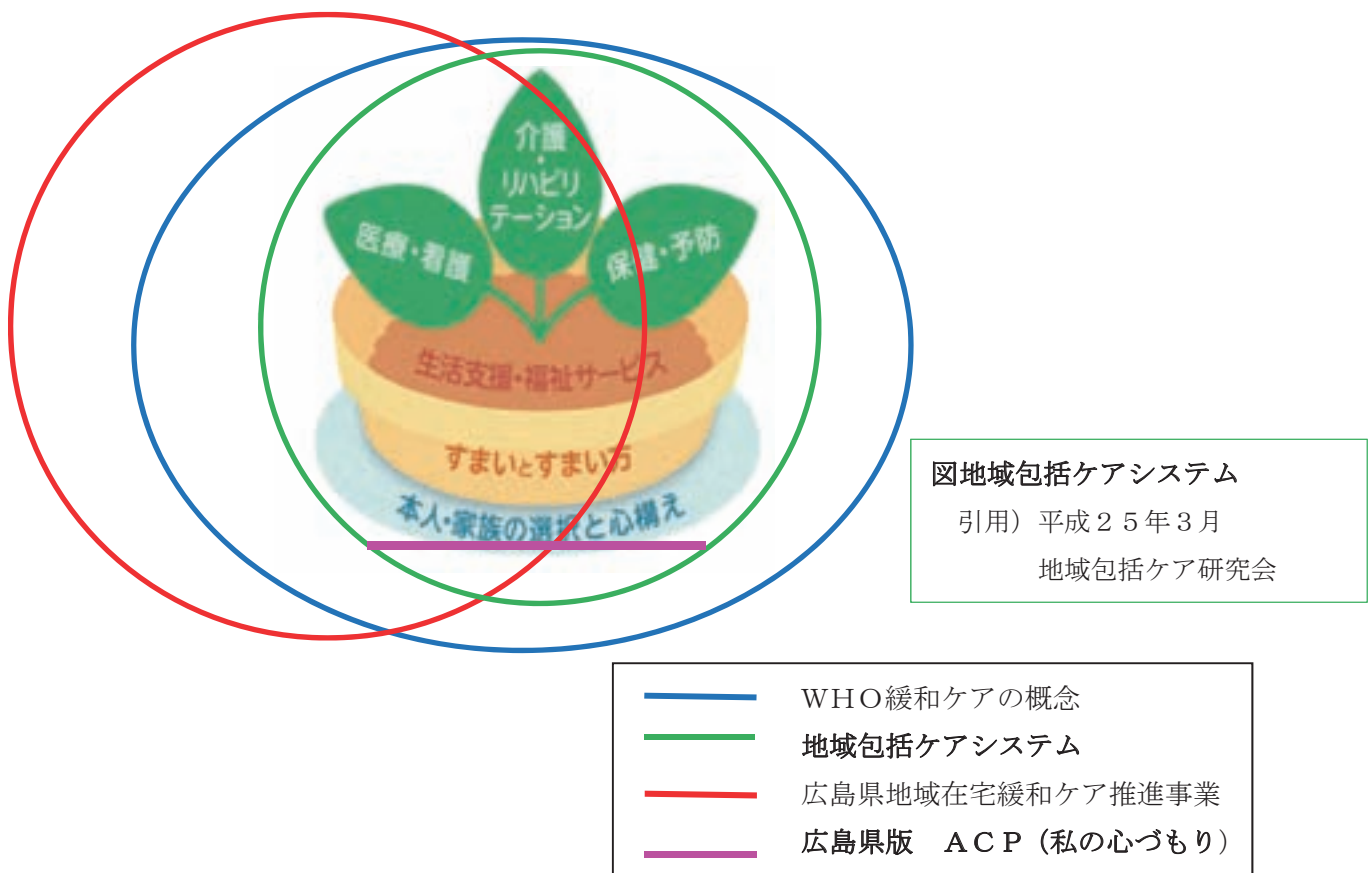
事業の目的である「診断時から全てのがん患者と家族が希望する場所で、適切な緩和ケアを受けることができることと、自分らしく生きるための地域の療養体制の実現」とも一致している。

緩和ケアコーディネーターの役割・活動に関して

地域在宅緩和ケアコーディネーターの役割としては、病院や地域、医療や介護等の様々な組織や職種や制度を超えた活動が望まれている。そして、なにより本人、家族を中心に医療から生活への視点を、多職種との顔の見える関係の連携から始められるようコーディネートできる人材が求められている。地域で緩和ケアコーディネーターが、1つ1つの相談事例や事例検討を通し地域での支援者たちと共に支援者同士が協調できるような働きかけも必要とされている。この働きかけは、地域で連携を高めるため必要とされている、実践的な知識や経験、そして多職種が協働できる機会作りにも繋がっていき在宅緩和ケアチームの成熟となっている。

緩和ケアコーディネーターには、1つの事例の課題解決のみではなくそこから、地域の共通する課題を発見する視点も必要と考える。

1事例の課題解決から地域課題を導き出し、行政と共に解決に向け活動していくことが地域包括ケアシステムの実現に繋がっていくのではないだろうか。



地域包括と緩和ケアとの位置関係イメージ図

7 今後の取組

平成 27 年度の地域在宅緩和ケア推進に関する事業については、医師会で取り組むことと相談支援のように、市の地域支援事業の 2 つの柱で活動を行うこととなる予定である。

また、今までの事業で作成した地域資源マップを今年度はさらに質を高めていく予定である。

8 まとめ

2 年間にわたり“地域在宅緩和ケア”の視点で活動ができた事に感謝いたします。

一職種、1 つの職場にとらわれず活動できる基盤があることは地域にとって大きなメリットである。

コーディネーター機能には、組織横断できる立場が必要と考える。幸い当地区医師会では組織横断や地域横断が可能であったことは組織の理解を得られたためである。心より感謝いたします。地域包括ケアと在宅緩和ケアが等しく概念化で出来る地域作りが進むことを望んでいる。

参考文献

- 1) 藤田淳子 福井小紀子 池崎澄江 2015 年 6 月 第 62 巻第 6 号「構成の指標」
在宅ケアにおける医療・介護賞の多職種連携行動尺度の開発
- 2) 西山順博 2015 年 7 月 20 日
第 26 回日本在宅医療学術集会 在宅での看取り（看病）に欠かすことのできない在宅栄養サポートチームによる摂食嚥下支援を織り込んだ食支援
- 3) 東広島市ホームページ
- 4) 平成 25 年人口動態統計
- 5) 社会保障審議会 2013 年 8 月
介護保険部会（第 46 回） 地域包括ケアシステムの構築に向けて

在宅緩和ケア推進モデル事業実施内容

施設名: 東広島地区医師会 地域連携室 あざれあ

区分	小区分	平成25年度												平成26年度											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
在宅緩和ケアの配置と活動	検討会議等																								
	配置・活動スケジュール																								
	周知活動																								
	遠隔カンファレンス参加							9/17		12/6 12/25	1/27	2/9 2/20						8/7 8/20	9/15				1/12 1/22	2/18	
	デスカースカンファレンス							9/25		12/26		2/13										12/3			
地域ネットワーク会議の実施	ネットワーク会議																								
	事例検討会																								
	研修会																								
	検討会・作成会議等																								
地域資源マップ作成	作成スケジュール																								
	「教えて病院のこと」																								
	調査実施																								
地域資源マップ作成 (看護・地域連携バス検討調査)	調査実施																								
	検討会・作成会議等																								
	作成スケジュール																								
	「教えて病院のこと」																								
その他	地域資源マップ作成																								
	地域資源マップ作成																								
	地域資源マップ作成																								
	地域資源マップ作成																								
	地域資源マップ作成																								

平成25年度 地域在宅緩和ケアネットワーク会議について

会議構成員

氏名	職名
楠部 滋	東広島地区医師会 副会長
高橋 宏幸	東広島地区医師会緩和ケア担当理事・地域在宅緩和ケアネットワーク委員長
上杉 文彦	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター緩和ケア推進チームリーダー
川口 健二	東広島市歯科医師会理事
金好 康隆	東広島薬剤師会 会長
金田 理沙	サンひまわり訪問看護ステーション看護師
中村由美子	東広島市居宅介護支援連絡協議会
川田美恵子	広島県訪問介護事業連絡協議会
	東広島ブロック理事
渡邊 壽江	小規模多機能事業所管理者
前田ひろみ	東広島地区ソーシャルワーカー勉強会代表世話人
亀野幸一郎	広島県西部東保健所保健課長
坂見 晴子	東広島市健康増進課健康支援係長

事務局：東広島地区会 事務局長 萬行勲 あざれあ室長 杉本由起子 主任 三上雅美
広島県緩和ケア支援センター センター長 本家好文 緩和ケア支援室長 藤原薫 主任専門員 増田百合香
広島県健康福祉局 がん対策課計画推進グループ 服多美佐子

平成26年度 地域在宅緩和ケアネットワーク会議について

会議構成員

氏名	職名
楠部 滋	東広島地区医師会 副会長
高橋 宏幸	東広島地区医師会緩和ケア担当理事 地域在宅緩和ケアネットワーク委員長
上杉 文彦	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター緩和ケア推進チームリーダー
川口 健二	東広島市歯科医師会理事
金好 康隆	東広島薬剤師会 会長
尾和 登美子	サンひまわり訪問看護ステーション看護師
中村由美子	東広島市居宅介護支援連絡協議会
川田美恵子	広島県訪問介護事業連絡協議会
	東広島ブロック理事
渡邊 壽江	小規模多機能事業所管理者
前田ひろみ	東広島地区ソーシャルワーカー勉強会代表世話人
亀野幸一郎	広島県西部東保健所保健課長
坂見 晴子	東広島市健康増進課健康支援係長

事務局：東広島地区会 事務局長 萬行勲 あざれあ室長 杉本由起子 主任 三上雅美
広島県緩和ケア支援センター センター長 本家好文 緩和ケア支援室長 亀井典子 主任専門員 増田百合香
広島県健康福祉局 がん対策課計画推進グループ 服多美佐子

東広島市

資源マップ




前編 医科・歯科・調剤薬局

後編 介護保険サービス

平成26年1月版

東広島市

資源マップ



医科・歯科・調剤薬局編

介護保険サービス編

平成27年1月版

事例検証シート(1) 関わる因子と課題の整理

関わる因子	概要	時期	診断時期	治療期	療養期	終末期	看取り期
		() () () () () () () ()					
人	医療系	病院医師 (病院変更時記載)					
		病院看護師					
		在宅医					
		訪問看護師					
	介護・福祉系	薬剤師					
		MSW					
		ケアマネジャー					
		ヘルパー					
		他職種					
		その他					
本人・家族等	本人						
	家族						
	ボランティア						
	知人等						
物	場所						
	物品						
	その他						
制度	医療						
	介護						
	障がい						
	その他						
プラスの要因							
マイナスの要因							
事例の課題							

事例検証シート(2) チームケアと課題の整理

	出席者(対象者)	内容	プラスの要因	マイナスの要因	事例の課題
訪問看護開始前					
退院前					
開始前					
看取り後					
その他					
開始時					
状態変化時					
その他					
電話	⇄				
FAX	⇄				
メール	⇄				
I C T	⇄				
カンファレンス					
同行訪問					
連絡方法					

事例検証シート(3) 心づもりと課題の整理

本人の心づもり	自分が受けた医療やケアについて家族と話し合っていたか？	話し合っていた	話し合っていない
	もしもの時のために代わりの人を決めていたか？	決めていた	決めていない
	自分が受けた医療やケアについて文書にしていたか？	文書にしていた	文書にしていない
	疾患や治療について医師と話し合っていたか？	話し合っていた	話し合っていない
	在宅看取りに向けた医療やケア・場所について考えていたか？	考えていた	考えていない
	在宅看取りに向けた医療やケアについて本人と話し合っていたか？	話し合っていた	話し合っていない
	在宅看取りに向けた医療やケアについて医師と話し合っていたか？	話し合っていた	話し合っていない
	在宅看取りの意思があるのか？	意思があった	意思がない
	その他()		
	チーム間の心づもり	在宅看取りの意思の共有があるか？	意思共有あった
チーム間での治療やケアについて話し合っているか？		話し合っていた	話し合っていない
本人と治療やケアについて話し合っているか？		話し合っていた	話し合っていない
家族と治療やケアについて話し合っているか？		話し合っていた	話し合っていない
チーム間の意思を文書にしているか？		文書にしていた	文書にしていない
プラスの要因			
マイナスの要因			
事例の課題			

事例検証シート(4) 心と体を動かす言葉

診断時期	治療期	療養期	看取り期

シート 5 ; がん看取りにおける訪問看護の傾向調査

【1 チェック表】

(記入日) 平成 26 年 月 日

(事例) 基本情報

※ 該当する項目に○

1) 痛みのコントロール

①	痛みの原因を適切にアセスメントすることができた
②	薬剤を適切に使用することができた
③	痛み緩和のためのケアをすることができた
④	患者の意思とQOLに配慮してケアすることができた

2) 症状コントロール

①	症状の原因を適切にアセスメントすることができた
②	薬物療法を適切に用いることができた
③	症状緩和のためのケアをすることができた
④	患者の意思とQOLに配慮してケアすることができた

3) 本人の意志決定支援

①	本人が生きる上で大切にしたいことを確認することができた
②	本人が受けたい治療（治療に対する希望）を確認することができた
③	本人がどのような療養生活を送りたいかを確認することができた
④	本人が希望する療養場所（看取りの場所）を確認することができた

4) 医師との関係

①	医師と情報を共有することができた
②	医師に報告・連絡・相談を適切に行うことができた
③	医師の指示に沿ってケアすることができた
④	医師との信頼関係が深まった

5) 家族との関係

①	家族の意向を確認してケアすることができた
②	家族の不安に寄り添うことができた
③	適切な時期に必要な情報提供を行うことができた
④	家族との信頼関係が深まった

6) 他職種との関係

①	カンファレンスを開催して情報を共有することができた
②	カンファレンスでの検討内容を記録に残すことができた
③	必要時に報告・連絡・相談を行うことができた
④	他の職種との信頼関係が深まった

【2 課題】

※該当する項目に○

項目	備考
① 症状緩和のためのスキル	
② 医師、多職種との関係性	
③ 本人の意志決定支援のスキル	
④ 情報共有の可視化（文書化）	
⑤ 病状予測（アセスメント）と対応策	
⑥ 家族支援の方法	
⑦ 看護計画・記録	
⑧ その他	

モデル事業実践報告 [広島市立安佐市民病院]

1 はじめに

地方独立行政法人広島病院機構広島市立安佐市民病院は、平成22年3月がん診療連携拠点病院に認定され、現在まで拠点病院としての責務を果たすべく地域でのがん診療の充実に寄与する努力を続けてきている。しかし、在宅でがんの緩和ケアを受ける患者・家族の支援や、在宅緩和ケアに関する地域の医療や介護との連携については実践が浅く、拠点病院として今後発展が必要な分野であった。また当院の位置する安佐地区は、特に安佐北区では広島市内でもっとも高齢化が進む地域であり、また半径13km内に基幹総合病院がなく、広島市北部、広島県北部、島根県の一部の広域をカバーする診療機能を有するため安佐地区以外にも多様な地域で在宅医療を希望する人が増えることが想定されている。

今後がん患者数が増え、かつ高齢化という未だかつて経験のない状況が差し迫っており、在宅緩和ケアの潜在的なニーズはあると推定されるも、在宅緩和ケアに関する患者・家族、医療、介護の十分なコンセンサスは得られておらず課題も多い。がん患者と家族が、ひとりでも多く、住み慣れた地域や家で安心して在宅緩和ケアを受けられるように、拠点病院・基幹総合病院の立場として地域での在宅緩和ケアの充実に図るため、平成26-27年度の広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業の参加に至った。

2 地区の概要

今回の事業では当院の広域な診療対象地域のうち中核的地区である広島市北部地域、安佐地区（安佐北区・安佐南区の一部）を中心に述べる。安佐北区は人口14万8千人のうち高齢化率30%、安佐南区は人口24万人のうち高齢化率20%であり、特に安佐北区は市内8区のうち最も高齢化がすすむ地域である。在宅医療の推進については、安佐医師会内で在宅療養支援診療所が増加し、この推進事業参加と同時期に安佐医師会・病診診療連携委員会で安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パス作成のためワーキンググループが設置された。また平成26年9月広島共立病院の新病棟が竣工し緩和ケア病棟ができたことなど、この地域での在宅がん緩和ケアへの関心が高まっている。

3 モデル事業実施目的・目標

この事業では、安佐地区での在宅緩和ケアを推進するため、それぞれの立場や役割

で在宅緩和ケアを支援している地域の専門スタッフと、病院のスタッフがこの地域の在宅緩和ケアに関してともに協議を行う機会となる。したがって、在宅緩和ケア関係者の連携構築のための機会になりうること、そして未だ「在宅緩和ケア」が一般には周知、理解されていない現状を踏まえ、在宅緩和ケアに関する情報提供や啓発を市民・患者家族向けに展開させる必要があることからこの事業では次のことを目的とした。

目的

- (1) 在宅緩和ケアにかかわる医療・介護・福祉関係者の顔の見える関係作り
- (2) 在宅緩和ケアの啓発
- (3) 在宅緩和ケアコーディネーターの新たな仕組み作り

前述の3つの目的に沿いそれぞれの目標を次の通りとし本事業の取り組みを企画、実施することとした。

目標

- (1) 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の開催を通じて、在宅緩和ケアにかかわる医療・介護・福祉関係者の顔の見える関係作りを行い連携が円滑にできるようにする。また、出前研修会により技術提供を地域の介護関係者に行い緩和ケアに関する知見を深めてもらう。病院と在宅医療・介護チームが関わった症例検討を行うことで、病院から在宅までの一連の流れをふまえた在宅緩和ケアの実際について学ぶ。
- (2) 在宅緩和ケアに関する地域資源マップの作成と活用、在宅緩和ケアに関する市民講演会を開催し、ひとりでも多くの市民、患者・家族に在宅緩和ケアについての情報や知見を知ってもらう。
- (3) 在宅緩和ケアコーディネーターの新たな仕組み作り
地域の在宅緩和ケア推進のため、モデル事業では在宅緩和ケアコーディネーターという新しい試みが始まった。がん診療連携拠点病院の立場でコーディネーターの役割・業務の策定と運用を実施する。

4 取組内容

平成26年度、平成27年度のモデル事業の事業実施内容は別表の通りである。受託したモデル事業を通じ、在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動、在宅緩和ケア地域ネットワーク会議、在宅緩和ケアに関する地域資源マップの作成と活用、地域連携パスの検討、在宅緩和ケアに関する市民講演会、出前研修会、事例検討会、在宅緩和ケアに関する先進医療機関施設見学など、各企画と実施を行った。詳細について

は5各事業の実施状況を参照にされたい。

5 各事業の実施状況

(1) 在宅緩和ケアコーディネーター配置と活動

広島市立安佐市民病院において在宅緩和ケアコーディネーターの業務は、地域連携室に所属する緩和ケア認定看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名を在宅緩和ケアコーディネーターとして配置し、①緩和ケアに関する地域（医療・介護・福祉関係者、患者・家族）からの相談業務、②緩和ケアに関する病院内での相談業務、③地域の訪問看護ステーションとの連携、④広島市内の緩和ケア病棟を有する医療機関との連携、⑤安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの調整、管理を行った（ただし平成27年1月からは人員の事情により看護師1名で継続した。）

① 緩和ケアに関する地域からの相談

在宅緩和ケアを含む、緩和ケアに関する全般的な相談を、地域の医療・介護・福祉関係者や、患者・家族から受け、専門的立場から対応することで在宅緩和ケアの啓発、技術的支援を行った。

(ア) 緩和ケアに係る医療・介護・福祉関係者からの相談

	平成26年度 ¹⁾	平成27年度
電話相談	5件	51件
Q&A・要望シート ²⁾	0件	10件

1) 平成26年度については平成26年10月から平成27年3月までの期間

2) Q&A・要望シートは安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの中に設けた在宅医療介護チームから相談を受けるためのコンテンツを利用した

(イ) 患者・家族からの相談・調整

	平成26年度	平成27年度
がん相談（直接面談）	37件	150件
退院調整（緩和ケア病棟への紹介、安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの使用）	5件	22件
連絡調整（在宅調整、転院調整など）	13件	34件

② 緩和ケアに関する院内からの相談

緩和ケア全般、在宅緩和ケアに関する院内の医療関係者から相談を緩和ケアチーム、緩和ケア内科と協働して行った。入院患者は緩和ケアラウンドで定期的な回診を緩和ケアチームと共に行った。医師の告知時、告知後の支援についてはがん患者指導管理、在宅緩和ケアに移行する場合は合同カンファレンス、院

内で終末を迎えた患者に関するケアの検討はデスカンファレンスで対応した。

	平成 26 年度	平成 27 年度
緩和ケアラウンド	99 件	200 件
がん患者指導管理	139 件	393 件
合同カンファレンス	4 件	8 件
デスカンファレンス	4 件	3 件

③ 安佐地区の訪問看護ステーションとの連携

在宅医療連携のあり方についてより理解を深め、連携を深めるため安佐地区の訪問看護ステーションが行っている実際の活動に同行し、在宅での支援体制と方法について実習を行った。下記の各訪問看護ステーションの協力のもと、それぞれ1日間実習を行った。

- ・ 安佐北区：広島県看護協会訪問看護ステーションひびき
可部訪問看護ステーションなずな
- ・ 安佐南区：IGL 訪問看護ステーション
安佐医師会訪問看護ステーション

④ 広島市内の緩和ケア病棟を有する医療機関の視察

在宅緩和ケアコーディネーターの広報、医療機関連携の構築、患者・家族が希望する療養場所を選択する際に希望する条件にあった緩和ケア病棟の情報提供を行うために広島市内の緩和ケア病棟を有する医療機関の視察を行った。

- ・ 医療法人和同会 広島パークヒル病院
- ・ 医療法人社団清風会 廿日市市記念病院
- ・ 医療法人社団曙 シムラ病院
- ・ 広島市医師会運営 安芸市民病院

⑤ まとめ

今回のモデル事業では、緩和ケア認定看護師が在宅緩和ケアコーディネーター専従として配置されたことで、外来、病棟などの部署業務とは独立し、地域の在宅緩和ケア状況把握から多職種連携、継続したケアや支援が出来る仕組み作りを行うことが出来た。がん診療連携拠点病院における従来の緩和ケアの提供体制の中での認定看護師の役割は、がん相談、緩和ケアチーム活動、がんカウンセリングなど様々であり、緩和ケア認定看護師が在宅緩和ケアコーディネーターを担うことで、がんの診断時など早期から患者・家族に関わることが可能

になることが強みである。すなわち在宅緩和ケアコーディネーターの介入により、積極的治療期における十分な症状緩和や意思決定支援から、進行終末期での緩和ケアの提供や今後の療養場所の選択まで、急性期病院における全ての時期において従来の経験と専門性を持って関わりができることが大きな特徴である。今回のモデル事業での在宅緩和ケアコーディネーターの役割は、疾患の理解、受け止め、患者・家族の不安や意向などの支援や、人生の最終段階を住み慣れた地域で療養していくことを意思決定するために必要な情報提供を適切なタイミングで行うことができたと考えられる。一方、今後の課題として、がん診断時の告知同席や不安の強い患者・家族への支援依頼が増加してきており、すべての依頼に対応が出来ていないことであり対策が必要である。また病院スタッフに在宅緩和ケアを周知するため、質の高い在宅緩和ケアを受けることが出来ている実情を病院スタッフに具体的なフィードバックができるよう、教育・啓発活動も求められる。

(2) 地域ネットワーク会議の実施

在宅緩和ケアネットワーク会議は、この推進事業の目的のひとつである、地域の在宅緩和ケアを支える医療・介護関係者と「顔の見えるコミュニケーション」の構築を実現する手段となった。平成26年度5回、平成27年度4回、計9回のネットワーク会議を開催した。また会議の日程にあわせて、緩和ケアに関する研修会・勉強会を同日に開催することで会議と同日に、緩和ケア、在宅緩和ケアに関する研修を受けられるよう便宜を図った。2年間のネットワーク会議を通じて、地域の在宅医療・介護関係者と病院の関係者との交流が深まったことは間違いなく、従来病院から在宅への「一方向」の関係から、双方向の関係づくりに展開ができた。在宅緩和ケアの推進には、地域の在宅医療・介護関係者の努力のみならず、地域の基幹病院との協力、そして双方向の関係作りと協力が不可欠と思われる。今後も地域連携の関係作りを発展するための企画の継続が有益であろう。ネットワーク会議の委員、各会議の概要は次の通りである。

① 地域在宅緩和ケアネットワーク会議委員

所属	職位	職名	氏名
広島市立安佐市民病院	副院長	医師	平林 直樹
	主任部長		日笠 哲

	主任部長		田中 裕之
	部長		伊東 淳
	副院長	看護師	中野 真寿美
	副看護部長		中林 八千代
	師長		藤本 明美
	師長		田村 真佐美
	師長		岩佐 由美
	主任		伊藤 美幸
	主任		西岡 由香
	主任		矢田 和美
	主任		長屋 由起子*
			升田 志保
	主任部長	薬剤師	藤井 静香
	主事	MSW	藤山 史恵*
広島共立病院	院長	医師	村田 裕彦
	師長	看護師	竹田 恭子
妹尾病院	院長	医師	妹尾 雅明
片山内科小児科医院	院長	医師	片山 健
にのみや往診クリニック 恵正会地域連携支援室	院長	医師	山崎 総一郎
西廻クリニック	院長	医師	西廻 和春
やまぐちホームケアクリニック	院長	医師	山口 剛
安佐在宅診療クリニック	院長	医師	森谷 知恵*
訪問看護ステーション「さいの」	所長	看護師	才野 久子
医療法人親愛会 在宅事業部医療介護センター	所長	看護師	中家 純子
安佐医師会訪問看護ステーション	所長	看護師	沖村 真奈美
I G L 訪問看護ステーション	所長	看護師	日高 澄子
可部訪問看護ステーションなずな	所長	看護師	大本 智代子
広島県看護協会訪問看護ステーション 「ひびき」	所長	看護師	松井 善子
すずらん薬局川内店		薬剤師	松谷 優司
社会福祉法人正仁会なごみの郷	主任	介護支援 専門員	若山 明美*
* の委員は平成27年度より参加			
*			



② 平成26年度会議

・第1回会議

日時：平成26年5月30日 19:00-20:15

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：会議の趣旨等説明、ネットワーク会議委員の紹介、事業内容案の説明および意見交換、今年度の会議予定の進め方についての協議を行った。

・第2回会議

日時：平成26年7月25日 19:00-20:45

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：地域在宅緩和ケアの推進を図るための課題に対する対応について4つのグループにわかれグループ討議を行った。在宅医療関係者と病院の連携体制の構築、緊急時の対応、患者・家族への病状説明やその理解の重要性などの課題が抽出され、これらをもとに具体的な企画を行うことが決まった。

・第3回会議

日時：平成26年10月24日 19:00-20:15

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：施設見学・学会参加に関する報告、3つのグループ（在宅緩和ケア推進の体制作り、在宅緩和ケアに関する資源マップ作成、在宅緩和ケアコーディネーターの役割）にわかれて具体的な企画について協議した。

・第4回会議

日時：平成26年12月19日 19:00-20:30

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：施設見学の報告、在宅緩和ケアに関する市民講演会の内容・講演会開催の役割分担等の説明、第3回会議のグループワークの継続を行った。

・第5回会議

日時：平成27年2月28日 19:00-20:20

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：在宅緩和ケアに関する市民講演会開催の最終打ち合わせ、第3回・第4回会議でのグループワークの継続を行った。在宅緩和ケア推進の体制作りグループでは、緩和ケア緊急病床の運用、緩和ケア研修会の企画、平成27年度の在宅緩和ケア市民講演会の企画について協議した。資源マップグループでは、資源マップを安佐南区・安佐北区の各中学校区（地域包括支援センターの管轄区域）に準じて情報をまとめることが決まった。在宅緩和ケアコーディネーターの役割グループでは、コーディネーターの地域実習（地域の訪問看護ステーションにて実習）の計画、患者家族、地域の関係者からの相談業務の手順について検討した。

③ 平成27年度会議

・第1回会議

日時：平成27年6月25日 19:00-20:15

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：会議の趣旨等説明、ネットワーク会議委員の紹介、平成26年度地域在宅緩和ケア推進事業報告、平成27年度地域在宅緩和ケア推進事業計画事業内容の説明、平成27年度在宅緩和ケアに関する市民講演会の企画、資源マップの作成の進捗状況についての説明、在宅緩和ケアコーディネーターの実習報告を行った。

・第2回会議

日時：平成27年8月27日 19:00-20:15

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：施設見学報告、資源マップ作成の進捗状況についての説明、安佐医

師会在宅緩和ケア地域連携パスの運用についての説明、緩和ケア緊急病床の運用状況の説明、広島県地域在宅緩和ケアネットワーク会議の報告、平成27年度在宅緩和ケアに関する市民講演会の企画説明を行った。

・第3回会議

日時：平成27年10月15日 19:00-20:10

場所：広島市立安佐市民病院図書棟1階会議室

内容：安佐南区ケアプラン作成機関連絡会および安佐北区介護支援専門員連絡協議会での出前研修会の報告、在宅緩和ケア事例検討会の報告、安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの運用状況の報告、資源マップ作成進捗状況と配布予定計画について説明、平成27年度在宅緩和ケア市民講演会の最終打ち合わせを行った。

・第4回会議

日時：平成28年1月28日 19:00-20:10

場所：広島市立安佐市民病院講堂

内容：会議最終回にあたり、平成27年度事業報告（在宅緩和ケアコーディネーター、ネットワーク会議、資源マップ、平成27年度在宅緩和ケアに関する市民講演会）、安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの運用状況の報告、広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業のまとめ、各委員から2年間の事業参加に関する感想・課題について発表を行った。

(3) 地域資源マップ作成と活用

① 目的

すでに安佐地区では在宅医療全般に関連した地域資源マップがエリア毎に作成・活用されていたが、安佐地区での緩和ケアに特化した、医科・歯科・調剤薬局・訪問看護・特定施設の施設情報が一冊となった地域資源マップは作成されていない。在宅緩和ケアに関する必要な情報を集約した地域資源マップを作成することで、関係機関および市民に広く活用されるように、周知と活用を促進する目的で資源マップを作成した。

② 内容

(ア) 市民配布用と関係機関配布用の二冊とする。地域資源マップのほか、モデ

ル事業に関し在宅緩和ケアの啓発を図る目的で市民向け冊子も作成することとした。市民向け冊子は、緩和ケア・在宅緩和ケアに関する読み物、地域の資源情報で構成する 24 ページ（カラー刷り）1000 冊、医療介護等関係機関向け冊子は、各施設の情報で構成する 160 ページ（白黒刷り）800 冊を用意した。

(イ) 掲載承諾があった関係機関のうち、各条件を満たす在宅緩和ケアへの対応が可能な施設情報を掲載する。

- ・ 医科（クリニック・有床診療所等）：訪問診療可能
- ・ 歯科：訪問診療可能
- ・ 保険薬局：麻薬処方可能
- ・ 訪問看護：24 時間対応・看取り可能
- ・ 施設・特性施設（特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅・緩和ケア対応住宅）：看取り可能

③ 調査表発送から掲載までの状況

安佐地区の医科、歯科、保険薬局、訪問看護ステーション、特定施設などの施設に掲載希望・可否について伺い、調査票を送付、回収を行った。最終的に計 271 の施設から掲載の承諾を得てそれぞれの施設情報を掲載した。

	医科	歯科	保険 薬局	訪問 看護	施設	合計
調査表発送	247	149	154	29	62	641
① 調査表回答	136	80	114	21	36	387
再 FAX	44	68	40	8	24	184
② 再 FAX 回答	21	25	21	4	9	79
① + ②	157	105	135	25	45	466
掲載不承諾	42	32	41	1	3	118
掲載承諾	115	73	94	24	42	348
掲載	86	33	90	24	38	271

(ア) 作成経過（平成 27 年）

3 月	調査表作成
4 月	依頼文・掲載承諾書兼調査表を 641 機関へ送付 (FAX での返信を依頼)
5 月初め	未返信の関係機関に対して FAX 送信
5 月～6 月	466 機関の調査表を EXCEL ファイルへ入力
7 月～8 月	マップ製作・各施設への校正

9月初め	表裏紙・巻頭読み物・マップ等の校正
9月中頃	校了・入稿
10月5日	納品
11月	市民講演会にて市民向け冊子を配布

(イ) 主な配布先（安佐地区の医療・福祉機関）

- ・医療機関（病院・クリニック・有床診療所）
- ・歯科診療所
- ・保険薬局
- ・訪問看護ステーション
- ・施設（特養・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）
- ・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 等

④ 周知・活用と課題

(ア) 周知・活用方法

- ・市民講演会（平成27年11月1日開催）にて市民向け冊子を配布
- ・広島市立安佐市民病院開催の緩和ケア研修会（院内外の医療従事者・介護職）での周知・配布
- ・当院開催の看護連携フォーラムでの周知
- ・安佐地区地域包括連携会議での周知
- ・当院がん相談、がん患者カウンセリングの情報提供時に活用
- ・当院患者サロンへの設置
- ・退院調整時の活用

(イ) 運用に係る課題と分析

既存の資源マップからは見えていなかった、緩和ケアに特化した在宅医療対応の内容が初めて明らかとなった。今後は地域の在宅緩和ケア提供体制から課題を明らかにし、方策の検討を行っていききたい（例：緩和ケア研修の充実・施設や居宅サービス事業所への継続的な出張講座等）。しかし、将来の資源情報の更新については、係る予算の問題があること、他の類似の資源マップと提供情報が重畳する、など具体的な方向性を明確にできない実情がある。今後の検討課題である。地域包括ケアに関連する他の領域の動向にも注視し、情報の効率的な共有ができる方策が必要と考えられる。



(4) 地域連携パスの検討（安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パス）

- ① 安佐医師会では平成26年度に病診・診診連携委員会内に在宅緩和ケア地域連携パス（以下、地域連携パス）作成のためのワーキンググループが設置された。このワーキンググループでは平成26年度にパスの内容や運用に関する検討を行った後パスを作成し、平成27年度よりがん診療連携拠点病院である広島市立安佐市民病院と緩和ケア病棟が新たに設置された広島共立病院の2つの総合病院を計画管理病院とし、在宅で緩和ケアを受けられる患者がきれ目のない医療・介護サービスを受けられる目的で運用を開始した。地域連携パスは平成27年4月より開始し、平成27年3月末までに広島共立病院2例、広島市立安佐市民病院7例の稼動があった。転帰は、在宅看取り3例、バリエンス（途中での再入院）6例であった。

- ② 地域連携パスの特徴：作成した地域連携パスの特徴は、1) 在宅医の条件として、緩和ケアに関する研修会（PEACE）の修了者、麻薬処方可能なこと、在宅療養支援診療所であることを条件とする、2) 計画管理病院の対象患者は、入院・外来患者ともに抗がん治療中の患者も対象とする、3) パス稼働前に合同カンファレンスを行うこと、4) 在宅緩和ケアを開始後、在宅・介護チームと計画管理病院が緩和ケアに関する相談や情報交換ができるようにする、5) 緊急入院の対応（バックベッド）に応需する、6) 看取りに至る場合には遺族の聞き取りを行いパスや受けたケアの評価をおこなう、ことをパスの内容に盛り込んでいることである。
- ③ 地域連携パスに関する在宅医療関係者の意見：連携が取れやすい、緊急時のバックベッドがあり安心である、などの意見を得た。また院内の医療従事者からは、退院後の患者・家族の情報提供があり退院後の状況変化が良く解る、急性期病院での不足事項がわかる、退院後の情報を知ることが出来ている、といった意見を得た。
- ④ 今後の課題：現在の課題は、稼働1年を経てパス件数が少ないこと、地域連携パスを実施する在宅支援診療所、訪問看護ステーションが限定されてきていることや、本来パスの適応のある患者であっても病院スタッフへの周知が不十分でパスを利用せず患者・家族は不安を持ったまま在宅療養へ移行しているケースが潜在的に多いことである。病院スタッフへの周知をより図ることで適応者へのパスの利用を推進することが必要である。今後の展望として、在宅緩和ケアコーディネーターが退院後の患者の自宅訪問を行うことが計画されているが、退院後の訪問が実行できれば、継ぎ目のない支援の安心した療養生活支援が提供することが可能となるであろう。

(5) 在宅緩和ケアに関する市民講演会

緩和ケアについての市民の認識や理解は以前と比べると関心は高まっているものの、在宅緩和ケアとなればさらに認知度が低く情報提供や啓発活動が必要であると考えられる。今回の推進事業では、市民向けにわかりやすい緩和ケア、在宅緩和ケアについて普及促進のため市民講演会を企画し、平成26年度、27年度にそれぞれ1回ずつ講演会を企画し開催した。

① 平成26年度開催市民講演会

日時：平成27年3月14日（土）10：00～12：00

場所：広島市立安佐市民病院 WAPセンター

内容：1. 地域在宅緩和ケアに関して説明（20分）

「地域とつながる緩和ケア」

演者：広島市立安佐市民病院麻酔科主任部長 田中裕之

2. 講演会（90分）

「共に支え、共に生きる～心に触れる人との関わり～」

講師：宝塚市立病院緩和ケア病棟 チャプレン・カウンセラー
沼野尚美

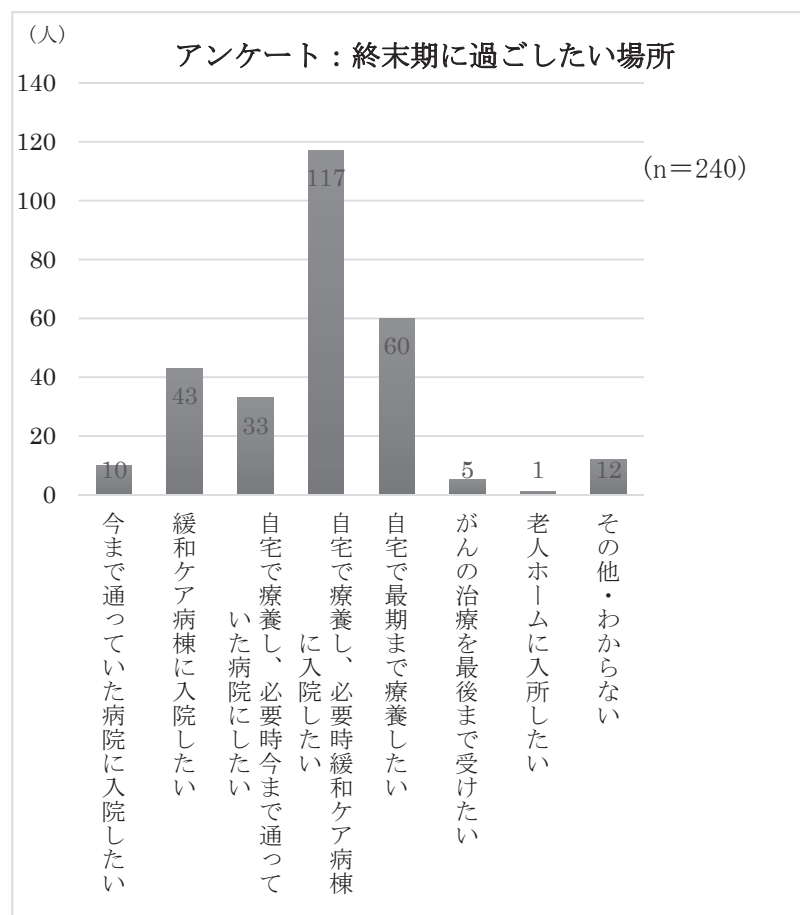
参加人数：290名

企画の概要：

第一部「地域とつながる緩和ケア」では、安佐地区で実際在宅緩和ケアを受けている患者さんの協力のもと自宅に訪問し、直接インタビューを撮影した動画を中心に、わかりやすく在宅での過ごし方、医療提供の実際について説明した。第二部ではチャプレン・カウンセラーとして活動されている沼野尚美先生に、緩和ケアを受ける人にとって人との関わりの重要性を豊富な経験をもとにわかりやすく講演した。



アンケート：市民講演会に参加した市民に「終末期に過ごしたい場所」についてのアンケートを実施した（240人）。自宅での在宅緩和ケアのニーズの高い傾向が反映されたが、看取りや本来の終末期については緩和ケア病棟という希望が多かった。



② 平成27年度市民講演会

日時：平成27年11月1日（日）10：00～12：30

場所：安佐北区民文化センター

内容：1. 講演会（60分）

「いのちの輝きを考える ～364日の活力のために～」

講師：島根県立中央病院総合診療科医長・緩和ケアチームリーダー、
がん地域連携パス WG リーダー 今田敏宏

2. シンポジウム（55分）

「地域でよりよい在宅緩和ケアを受けるために」

司会：広島市立安佐市民病院精神科主任部長 日笠哲

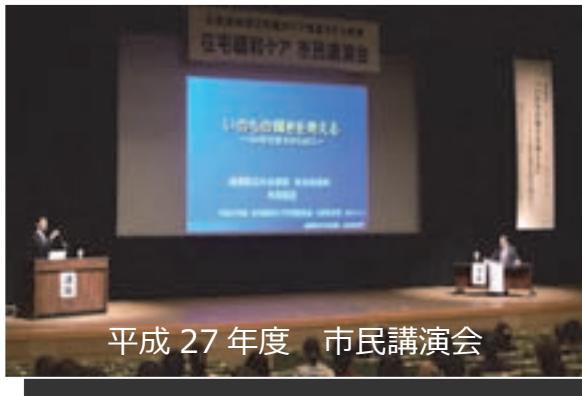
シンポジスト：

島根県立中央病院 今田敏宏
やまぐちホームケアクリニック 山口剛
すずらん薬局川内店 松谷優司
なごみの郷 若山明美
訪問看護ステーションなずな 大本智代子
広島市立安佐市民病院 藤山史恵 矢田和美

参加人数：197名

企画の概要：

第一部では、島根県出雲市で基幹総合病院の総合内科医・緩和ケア医として診療をされながら、地域でPCAポンプの普及活動「出雲モデル」を立ち上げ尽力されている島根県立中央病院の今田敏宏先生に、地域の医療・介護スタッフ、住民とともに在宅医療を推進している活動についてわかりやすく講演した。第二部は、シンポジウム形式で在宅緩和ケアの実際や流れについて架空事例を用いてわかりやすく解説した。安佐地区で在宅緩和ケアに携わる各専門職種の方にそれぞれの役割や受けられる医療・介護サービスについて解説した。また、講演会の冒頭、安田女子高等学校音楽部のコーラス演奏を行った。



(6) 出前研修会

在宅緩和ケアでは、自宅の他、患者・家族が希望する療養場所の選択肢の一つである「施設在宅」と言われる介護施設の役割が重要である。施設在宅においてもがん患者の緩和ケアについて医療との連携の強化が必要である。介護施設において、緩和ケアに関する技術的な情報提供を行い、緩和ケアを実施するケアマネジャー、介護福祉士など介護従事者の支援を目的とし、いわゆる出前研修会を平成27年度3回開催した。それぞれの研修会では広島市立安佐市民病院の認定看護師が講師を務めた。

	安佐南区ケアプラン 作成機関連絡会での研修会	安佐北区介護支援専門員 連絡協議会での研修会	施設研修会
日時	平成 27 年 7 月 15 日	平成 27 年 9 月 16 日	平成 28 年 2 月 23 日
場所	安佐医師会館	安佐北区健康福祉センター	ナーシングホームゆうゆう
対象	訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー（安佐南区）	訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー（安佐北区）	介護施設のスタッフ
演題	「現場でいかせる看取りの研修」	「現場でいかせる看取りの研修」	「介護施設における看取りの研修」
講師	升田志保認定看護師	矢田和美認定看護師	伊藤美幸認定看護師



① アンケートの概要

各研修会で参加した受講者の職種別参加数とアンケート結果は下記の通りである。今回は介護関係者を主な対象としたが、看取りの経験があるが研修会の参加経験が少ないことがわかり、介護関係での緩和ケアに関する研修の必要性が高いことが示唆された。

アンケート内容と結果		職種	第1回	第2回	第3回
1 職種	看護師		19	3	2
	ケアマネジャー		50	67	5
	介護士		4	1	28
	ヘルパー		14	0	0
	その他		7	3	7
2 勤務場所	施設		3	5	30
	訪問看護ステーション		13	3	1
	居宅介護事業所		49	46	2
	地域包括支援センター		11	17	7
	その他		11	0	2

3 看取りの経験	ある	65	39	27
	ない	21	29	15
4 看取りに関する研修 会参加経験	ある	42	32	13
	ない	41	32	30

② アンケートでの個別意見

実施した各研修会での個別意見は以下の通りである。

- ・ケアマネジャーの立場からできることをすればいいと思った。
- ・今現在での看取りの利用者と照らし合わせて内容を聞いた。
- ・興味のある内容・看取りケアの基本が理解できた。今後も研修を行ってほしい。
- ・施設で看取る場合の基本的なポイントが勉強になった。
- ・看取りのパンフレットの存在、看護師がヘルパーへ説明できる内容であった。
- ・訪問看護、ケアマネジャーの話が多くヘルパーは参加しにくい。
- ・看取りにかかわることが今はないため参考になった。今後活かしていきたい。
- ・施設の人たちは時間や予算で研修に行けないので大変貴重な時間だった。
- ・要支援状態でがん末期の方への具体的な声かけ、対応など今後も何か別のテーマで講義してもらい、情報交換、共有の場があればいい。
- ・地域での看取りに限らず地域で過ごす人たちが元気で笑顔で、そして穏やかであるために何か貢献できたらと思う。
- ・介護スタッフ、看護職員のしていることが理解でき改めて親近感がわいた。
- ・身近な人が臨床を迎える際の家族への声かけ、配慮の声かけは即仕事に活かして温かい施設と言ってもらえるようつとめる。

(7) 事例検討会

事例検討会は平成27年度に2回実施した。院内外の医療・介護関係者向けに企画している広島市立安佐市民病院緩和ケア研修会にあわせて企画した。第46回の緩和ケア研修会で行った事例検討は在宅緩和ケアを希望したがん終末期の患者・家族の1事例について、病院より遠隔地に住む患者の在宅緩和ケア移行の際、入院もとの病院から地域の総合病院に一旦転院のうえ、細かな在宅緩和ケア移行の調整を図った、という内容であった。症例提示のうえ、参加者には9つのグループにわかれ、グループ討議を行い在宅医療の準備と移行に関する連携の重要性について検討した。

第47回の緩和ケア研修会では、若年がん患者の在宅緩和ケアについて実際診療にあたった在宅医と訪問看護師が講師をつとめ講演を行った。疼痛など身体的苦痛症

状の緩和ケアの重要性と本人、家族に対する密度の高い関わりを通し、治療中の病院から在宅緩和ケアへの移行、さらに在宅での看取りまでケアを行った症例を通じて在宅緩和ケアの実際と意義について提示した。本人以外にも家族に対するケアの必要性、在宅でできる積極的な症状緩和の徹底の必要性があった。

・第46回緩和ケア研修会（事例検討会）

日時：平成27年8月27日 18:00-19:00

場所：広島市立安佐市民病院講堂

参加者：71名（院内参加者45名 院外参加者26名）

講師：松谷由美子（厚生連吉田総合病院緩和ケア認定看護師）、
伊藤美幸（広島市立安佐市民病院緩和ケア認定看護師）

演題：「家に帰ることを諦めないで ～希望に寄り添い地域連携につないだ一事例から考えよう～」

・第47回緩和ケア研修会（事例検討会）

日時：平成28年1月28日 17:30-18:30

場所：広島市立安佐市民病院講堂

参加者：39名（院内参加者33名、院外参加者6名）

講師：森谷知恵（安佐在宅診療所院長 医師）、
今中雅江（広島県看護協会訪問看護ステーションひびき 看護師）、
伊東淳（広島市立安佐市民病院放射線治療科・緩和ケア内科医師）、
伊藤美幸（広島市立安佐市民病院緩和ケア認定看護師）

演題：「若年がん患者の在宅緩和ケアの一事例」

(8) 施設見学

在宅緩和ケア推進の大きな参考にするべく、全国の中で在宅緩和ケアに力を注ぐ活動に取り組む先進医療機関の施設見学を行った。平成26年度は聖隷三方原病院、静岡県立静岡がんセンター、聖ヨハネ会桜町病院、長野厚生連佐久総合病院の計4箇所、平成27年度は大垣市民病院を訪問した。それぞれの医療機関の機能や地域の特性にあった在宅緩和ケアに関する連携支援について、種々の方策について参考になる知見を得る機会となった。

6 実施の評価（目的・目標）

2年間実施したこの事業により、在宅緩和ケアを支援する地域の専門スタッフと病院のスタッフが一同に会し地域の在宅緩和ケアに関する協働作業を行う初の好機となり得た。これまでは個別の連携の積み重ねはあったものの、地域の医療介護資源の

状況を汲みつつ、地域全体で在宅緩和ケアのあり方を検討する有意義な機会となったと考えられる。

事業の開始時に目的・目標とした項目の評価は次のとおりである。

(1) 在宅緩和ケアにかかわる医療・介護・福祉関係者の顔の見える関係作り

2年間で計9回の地域在宅緩和ケアネットワーク会議を開催し、委員間で地域での在宅緩和ケアに関する課題や問題点の抽出と評価、これらに対する解決方法の検討まで忌憚ない意見の交換を行い、種々の話題について討議することができた。これらを通じ、それぞれの立場や役割についての理解が深まったことや、従来机上のやりとりで終わっていた関係者同士が膝を交えて話し合いをし、本当の意味での顔の見える関係作りに役立ったことは間違いないと考えられる。拠点病院の立場からは、地域の在宅緩和ケアの技術的なバックアップや支援の必要性を感じており、今回病院から地域に出向き研修会を行うという「出前研修会」の企画を始めて実施した。今回介護関係者を優先した研修会を行ったが、拠点病院の緩和ケア専門スタッフを有する立場を活用し、従来研修機会が少ないとされる介護の現場スタッフに役立つ支援ができたと考えられる。また、事例検討会では、病院から在宅までシームレスに在宅緩和ケアの移行を経験した症例の検討を通じ、在宅での緩和ケアの実際と重要性、また十分なケアの提供のために病院と地域の関係者の綿密な連携の必要性について学ぶ機会となった。

(2) 在宅緩和ケアの啓発

2回の市民講演会は地域では、当院が企画するはじめてがんの在宅緩和ケアについての講演会となった。多くの市民には潜在的関心があるものの、実際の在宅緩和ケアについてはまだ認知度が低いという観点から可能なかぎりわかりやすい話、市民に関心をもってもらう工夫に留意し講演会を企画した。在宅緩和ケアを受けている患者のインタビューを提供し、がんの積極的治療から在宅緩和ケアの実際まで時系列でイラストや写真を用いて説明した。また特別講演では、ひとがだれでも通過し経験するという観点から多くの患者家族に接する経験をもとに喜怒哀楽を踏まえた市民の興味が高い話題を提供してもらった沼野尚美チャプレンカウンセラー、PCA ポンプの普及活動や市民の在宅医療の意識を啓発する活動をする今田敏宏医師の両講師の講演は、聴講した市民のみならず参加した関係者にも大きな刺激となった。また資源マップには、市民向け冊子を作成したことで、在宅緩和ケアに関するわかりやすいコンテンツを含んだ資料提供ができた。今後も講演や資料の作成などを通じ、さらに在宅緩和ケアに対する興味や認知度が深まる努力が必要だと考えられる。

(3) 在宅緩和ケアコーディネーターの新たな仕組み作り

在宅緩和ケアコーディネーターという新たな役割について、患者・家族、病院と地域の在宅緩和ケアに関するコンセンサスがまだ十分構築されていない状況で、実際どのような働きをするのか、かなりの模索をしながら仕組みについて検討した。当院では緩和ケア認定看護師が在宅緩和ケアコーディネーターを務め、がん診療連携拠点病院でのこれまでの緩和ケアに関する活動や特性、また新たにはじまった安佐医師会在宅緩和ケア地域連携パスの運用を踏まえ、認定看護師の立場で出来る強みが抽出できたと考えられる。在宅緩和ケアを推進する視点のひとつとして、がんの診断時、積極的治療期など早期からの患者・家族へ関わる必要性と、当事者の在宅緩和ケアのニーズを評価し支援する必要性があると考えられた。

今後は関わる患者・家族の経験を増やし当事者のニーズをさらに生かすことや、地域の在宅緩和ケアを支援するスタッフとの連携を通じ、地域のスキルの向上の一翼を担うことが期待される。

7 まとめ

地域の在宅緩和ケアの発展に、がん診療連携拠点病院として何ができるのか？という疑問を抱えながらこのモデル事業を受諾し2年を経た。モデル事業に参加していただいた委員や病院スタッフの試行錯誤の努力のもと、会議やさまざまな企画を通じ、これまで個別、断片的に行われていた病院と地域の在宅緩和ケア支援に関する活動が、顔の見える関係作りを通じ、協働した作業を行うことで共通のコンセンサス作りに役立ったと考えられる。モデル事業はこの点に大きな役割を果たしたと考えられるが、これからの地域包括ケアシステム構築のなかで、がんの在宅緩和ケアについてはさらに充実発展させる必要性があり、今後も地域のシステム作りを病院、地域の関係者が協働して行うことが重要である。

8 資料

在宅緩和ケア 市民講演会



とき 平成27年3月14日(土)
10:00~12:00(9:30受付開始)

ところ 広島市立安佐市民病院
北館2階 WAPセンター

がん患者さんが住み慣れた自宅での療養を希望し、その人がご家族とともにその人らしく在宅で過ごすには、どのような支援が必要か、また支える人たちのあり方について講演いたします。
市民の皆様、多数のご参加をお待ちしております。

入場無料
先着300名様

第1部 一般講演 10:05~10:25

地域とつながる緩和ケア

広島市立安佐市民病院 麻酔科主任部長 田中 裕之 先生

第2部 特別講演 10:30~12:00

【座長】妹尾病院 院長 妹尾 雅明 先生

共に支え、共に生きる ~心に触れる人との関わり~

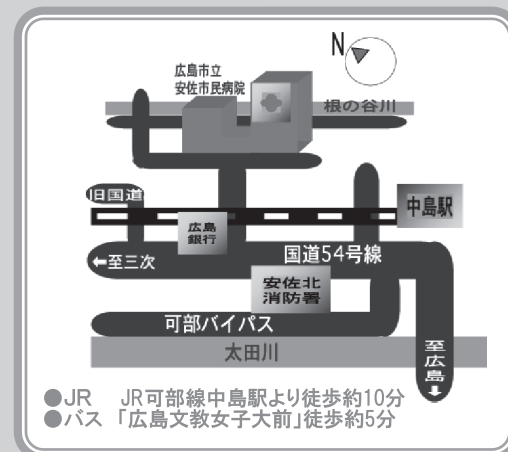
宝塚市立病院緩和ケア病棟 チャプレン・カウンセラー 沼野 尚美 先生

- ◆ 総合司会
広島市立安佐市民病院
副院長 平林 直樹
訪問看護ステーション「ひびき」
所長 松井 善子
- ◆ 開会あいさつ
広島市立安佐市民病院
院長 多幾山 渉
- ◆ 閉会あいさつ
広島共立病院
院長 村田 裕彦

お申込み方法

どなたでも入場は無料ですが、事前の申し込みが必要となります。
下記まで①お名前 ②住所 ③連絡先を明記のうえ、**3月6日(金)**までに
ハガキ・FAXにてお申し込みください。参加証をお送りします。
(複数の場合は全員のお名前・住所・連絡先を明記ください)
※当日参加証が必要ですので、忘れずお持ちください。

ハガキ 広島市立安佐市民病院医療支援センター・市民講演会係
〒731-0293 広島市安佐北区可部南2丁目1番1号
FAX 082-815-5533



在宅緩和ケア 市民講演会

～実は知りたかった！在宅緩和ケア～

日時

11月1日(日)

10:00～12:30(9:30受付開始)

場所

安佐北区民文化センター

広島市安佐北区可部7丁目28-25 Tel.082-814-0370

入場無料

先着300名様

第1部 特別講演 10:20～11:20

「いのちの輝きを考える」～364日の活力のために～

【講師】 島根県立中央病院 総合診療科 医長

緩和ケアチームリーダー がん地域連携パスWGリーダー 今田 敏宏 先生

【座長】にのみや往診クリニック院長 山崎 総一郎

第2部 シンポジウム 11:30～12:25

「地域でよりよい在宅緩和ケアをうけるために」

司会 広島市立安佐市民病院 精神科主任部長 日笠 哲

島根県立中央病院	今田 敏宏
やまぐちホームケアクリニック	山口 剛
すずらん薬局川内店	松谷 優司
なごみの郷	若山 明美
訪問看護なずな	大本 智代子
安佐市民病院	
医療ソーシャルワーカー	藤山 史恵
在宅緩和ケアコーディネーター	矢田 和美

◆総合司会

広島市立安佐市民病院 麻酔科主任部長 田中 裕之

◆開会あいさつ

広島市立安佐市民病院 院長 多幾山 涉

◆閉会あいさつ

広島市立安佐市民病院 副院長 平林 直樹

※ オープニングでは、安田女子高等学校による、合唱をお楽しみいただきます。

お申込み先

広島市立安佐市民病院 医療支援センター 市民講演会係 担当：矢田・山本

TEL・FAX 082-815-5533

詳しくは裏面をご覧ください。

モデル事業実践報告 [市立三次中央病院]

1 はじめに

市立三次中央病院は、備北二次保健医療圏内の在宅緩和ケアにおける医療・介護・福祉の顔の見える関係づくり並びに地域包括ケアシステムの推進を目的に平成26年度及び平成27年度の二か年に渡って地域在宅緩和ケア推進モデル事業を受託し事業に取り組んだ。

備北二次保健医療圏内の独自背景として、地域の医療・介護福祉の連携強化と質の向上を目指して平成22年から各職能団体が参加する多職種連携会議を設け、2回/年の研修会及び4回/年の会議を開催し積極的な活動が行われている。多職種連携会議の参加団体は設置後から徐々に増加し27年度には18の職能団体が加入している。本事業は、先駆けて活動されていた地域の協力を得て、多職種連携会議のサブワーキンググループの位置づけとして在宅緩和ケアネットワーク会議を設け事業に取り組んだ。

2 地区の概要

備北二次保健医療圏域は三次市(778.19km²)・庄原市(1246.60km²)の2市を指し、平成27年12月の人口は三次市54,656人、庄原市37,548人で広島県内の保健医療圏域の中で最大の面積を有する一方、人口は最も少ない地域である。高齢化率は三次市32.9%、庄原市39.7%で全国の高齢化率の26.0%と比較して、65歳以上の老年人口比率は県内でも高い状態で推移する一方、年少人口比率は県平均を下回っており、少子高齢化が急速に進んでいる。

在宅緩和ケアを取り巻く状況としては、平成24年のがん患者の在宅死率をみると広島県全域で約6.9%であるのに対して備北二次保健医療圏域は約6.5%(三次市5.9%、庄原市7.5%)と広島県内でも平均水準にあり、件数としては26件(三次市14件、庄原市12件)であった。

在宅ケアを担う医療・介護・福祉施設は224施設で、在宅緩和ケアで不可欠となる訪問診療を実施している医院・診療所はケースに応じた個別対応のため流動的であり、24時間対応の訪問看護ステーションは三次市では3施設のうち2施設、庄原市では5施設のうち3施設である。

実施施設の市立三次中央病院は、広島県備北地域に位置する350床の総合病院で、医療圏域は備北地域と島根県の一部(美郷町・邑南町・飯南町等)も含めて半径約50キロをカバーし、2次救急医療機関、地域医療支援病院として地域包括ケア病棟を有し、地域がん診療連携拠点病院(以下、「拠点病院」と言う。)と多岐にわたる基幹病院としての役割を担っている。平成25年度の年間総退院患者数は6,947人で、そのうちがん患者退院数は1,167人と16.8%を占めている。また、がん患者の入院死亡数は101人で全入院死亡数の40.2%であった。

緩和ケアの中心的役割を担っている緩和ケアチームは、有志での活動期間を経て平成18年度から院内チームとして位置づけられ活動を開始した。平成25年度から緩和ケア専従医師（精神科医）を迎えて緩和ケア診療加算可能なチームとなり、同年緩和ケア内科が開設されるとともに必要に応じて処方権を主治医から委譲され入院・外来を通じて継続的な緩和ケアを提供している。

一方、備北二次保健医療圏内の在宅緩和ケアを実施するにあたっての課題として、患者への情報開示の際、あるいは家族の看取不安等に対する医療・福祉関係者のコミュニケーション能力の不足に起因するアドバンス・ケア・プランニングの未実施、医療用麻薬の処方・管理、拠点病院とかかりつけ医の連携（特に自宅退院後のアフターケア）などが挙げられた。

3 モデル事業実施目的・目標

備北二次保健医療圏内の在宅緩和ケアにおける医療・介護・福祉の顔の見える関係づくり並びに地域包括ケアシステムの推進を目的とし、また備北二次保健医療圏におけるがん患者の在宅死亡率を平成24年の約6.5%を平成27年には8.0%とすることを具体的な目標値に設定した。

4 取組内容

2年間の事業実施内容は別表のとおりである。地域の医療・介護・福祉従事者のスキルアップを狙いとした研修会、在宅緩和ケアコーディネーターの顔の見える活動の体制作り、在宅緩和ケアを円滑に行うための地域連携パスや資源マップの作成、在宅緩和ケアネットワーク会議を開催した。

5 各事業の実施状況

(1) 緩和ケアコーディネーター配置と活動

在宅緩和ケアコーディネーターは、実施施設の緩和ケアチーム専従看護師が担った。平成26年度は院内活動を中心に取り組み、緩和ケアチームが介入する患者を対象として在宅緩和ケア（在宅看取り）を希望された8件のコーディネートを行った。そのうち、在宅で看取りができたのは2件で、1件は現在も在宅療養中である。残る5件は、入院での看取りとなった。平成27年度は院内活動に加えて院外連携へと活動を拡大し、在宅での看取りを希望された6件のコーディネートを行い、6件すべてが在宅看取りとなった。内訳として、拠点病院の緩和ケア内科医師と在宅医の共同による介入が4件、残り2件は在宅医が中心となり在宅緩和ケアが行われた。また、療養場所の選択中で結論がでていなかった別の1件について、症状が悪化したため在宅療養から入院のためのコーディネートを行った。

実際に在宅ケアスタッフから寄せられた相談内容としては、①今後の治療方針の確認と療養場所の確認、②症状緩和、③家族の在宅看取り不安の対応方法、④連携の確認（当院医師への報告か在宅医への報告が良いか）であった。

また、平成 26 年度にはレスパイト入院について拠点病院内会議にて検討を行い、主治医による判断でレスパイト入院への対応を行う方針となった。しかし、実際にレスパイト目的の入院件数は 0 件であった。

(2) 地域ネットワーク会議の実施

在宅緩和ケアネットワーク会議は多職種連携会議のサブワーキンググループとして位置づけ、会議を次のとおり開催した。

日にち	議題	参加者数
H26. 12. 8	事業概要について 「備北」二次医療圏という中山間地域における在宅緩和ケアのあり方―拠点病院からの「出張緩和ケア」の援用―	16 名
H27. 6. 9	<ul style="list-style-type: none"> 平成 26 年度地域在宅緩和ケア推進事業の報告 在宅緩和ケアコーディネーターの趣旨説明 資源マップの活用に係るアンケートの実施と増訂 講演会及び事例検討懇話会の開催 在宅緩和ケア地域連携パスの試案提示 	16 名
H27. 12. 14	<ul style="list-style-type: none"> 平成 27 年度の活動状況の報告 資源マップ更新作業の進捗状況 事例検討懇話会の開催 	25 名

在宅緩和ケア事例検討懇話会を次のとおり開催した。

日にち	講師	演題	参加者数
H27. 2. 21	市立三次中央病院 緩和ケア 内科医長 佐伯 俊成	進行・終末期のがん患者と家族を支えるコミュニケーション―『偽りの希望』という名の重罪―	42 名
H28. 1. 23	市立三次中央病院 緩和ケア 内科医長 佐伯 俊成	在宅緩和ケアに役立つコミュニケーション技術―聞き方・話し方の男女差を知る―	49 名

在宅緩和ケア講演会を次のとおり開催した。

日にち	講師	演題	参加者数
H27. 8. 22	医療法人社団孝誠佑覚会藤沢 本町ファミリークリニック 院長 松木 孝道	「ひと」と「ひと」が支える 在宅緩和ケア～地方都市藤 沢の現場からの報告～	104 名

(3) 地域資源マップ作成・活用

- ・在宅緩和ケア資源マップ備北圏域版（平成27年3月版）を作成し224の関係機関へ配布した。
- ・資源マップ備北圏域版（平成27年3月版）の利用状況把握のため224の関係機関へアンケートを送付し、150の施設から回答を得た。（回答率67%）
- ・在宅緩和ケア資源マップ備北圏域版（平成28年3月版）の更新を行い304の関係機関へ配布した。

(4) 地域連携パスの検討

下記項目（5）その他に記載するとおり、43カ所の施設訪問で得た在宅ケアスタッフからの意見や、在宅緩和ケアネットワーク会議での意見をもとに、平成27年度には在宅緩和ケア地域連携パスの作成に着手した。また、既に在宅緩和ケア地域連携パスを作成・運用している他の地域の資料も参考にした。

在宅ケアスタッフが最も困難と感じているのは、『今後の治療方針と療養場所が明確でないなかで、どのようにサービス調整・ケアを行っていけば良いのか』であった。そこで在宅緩和ケアの課題が明白になり、課題を解決する項目（アドバンス・ケア・プランニング）を含んだ在宅緩和ケア地域連携パスを作成した。しかし、地域連携パスの作成や関係者の合意に時間を要したことや、在宅緩和ケア（在宅看取り）を希望する患者・家族の件数が限られていることから在宅緩和ケア地域連携パスを試用するまでには至らなかった。

(5) その他

平成27年度には院外連携の強化に着手し、顔の見える連携から信頼できる連携へと強化すること、それに加えて在宅ケアスタッフの率直な意見や現状と課題などの情報を得るため、備北二次保健医療圏内の居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション53カ所のうち計43カ所の施設訪問を行った。その結果、下記のとおり在宅ケアスタッフからみる在宅緩和ケアの現状と課題が抽出された。

①在宅ケアスタッフからの意見

A. 連携に関すること

- ・介護職から医師への相談が難しい。
- ・医師同士の連携不足を感じる。
- ・医師からの情報があるとよい。
- ・ケアマネージャーと訪問看護師との連携が難しいことがあった。
- ・レスパイト入院のシステムが欲しい。
- ・訪問看護が開始となるとケアマネージャーの積極性がなくなる。
- ・緊急時や新たな症状が出現した場合などの対応や方向性が不明確。

B. 研鑽に関すること

- ・事例が聞きたい。
- ・拠点病院でのケア技術研修会を希望。（新しい知識・技術を習得したい）

C. 在宅ケアスタッフ自身に関すること

- ・期間が短く役に立てたのか不安全感が残る。
- ・本人・家族とのコミュニケーションが難しい。
- ・末期となるとヘルパーの腰が引ける。
- ・介護保険から医療保険への変更のタイミングが難しい。

D. 患者・家族に関すること

- ・患者の病状理解が乏しい。
- ・患者、家族の思いがわかるといい。
- ・夜間に不安が出てくる。
- ・家族は弱っていく患者をみるのが辛い。

②在宅ケアスタッフからみた在宅緩和ケアの現状と課題

- ・24時間対応訪問看護ステーションは三次市2/3カ所、庄原市3/5カ所と面積に比べ少ない。
- ・介護職のケアマネージャーが大半を占め、緩和ケアに関する医療的な知識に限界がある。
- ・地域に密着した居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）の存在がある。
- ・地域の医療・介護・福祉関係者はベテランが多く、すでに顔の見える関係を構築していた。
- ・拠点病院と地域との連携も構築されつつあるが、在宅ケアスタッフは拠点病院に対して敷居が高いというイメージが定着していた。
- ・在宅がん死亡者数は12～14件（平成24年）で在宅ケアスタッフの経験不足による不安がある。

6 実施の評価

備北二次保健医療圏内の在宅緩和ケアにおける医療・介護・福祉の顔の見える関係づくり並びに地域包括ケアシステムの推進を目的とし、また備北二次保健医療圏におけるがん患者の在宅死率を平成24年の約6.5%を平成27年には8.0%とすることを具体的な目標値に設定し取組んだ。その結果、本事業開始前に拠点病院での在宅看取り件数は0件であったが、平成26年度2件、平成27年度は6件に増加した。緩和ケア内科医が往診に出向き在宅緩和ケアでの症状緩和技術が向上したことで安楽な状態で最期まで自宅療養が可能となったことや、緩和ケア内科でのアドバンス・ケア・プランニングの実施により患者・家族の意思決定支援が行われたことで在宅看取り件数が増加したものと推測する。

在宅ケアスタッフからの在宅緩和ケアコーディネーターの評価として「今までは拠点病院の誰に相談していいのかわからなかったが、困ったときに相談できる在宅緩和ケアコーディネーターという存在があり心強い。」という評価を得たが、実際のコーディネーターについてはさらに経験を積み研鑽していくことが必要であり、また医師のみでなく在宅緩和ケアコーディネーター自身も自宅訪問が行える体制づくりが今後の重要な課題である。

顔の見える関係づくり並びに地域包括ケアシステムの推進を目的として、平成26年度には在宅緩和ケア資源マップを作成し、平成27年度にはアンケート調査を実施した内容の意見や工夫を取り入れた改訂版を作成した。また、43カ所の施設訪問を行うことで顔の見える連携を強化し、訪問で得た在宅ケアスタッフからの率直な意見を活かした対策を検討した。在宅ケアスタッフが最も困難に感じていたのは、『今後の治療方針と療養場所の意思決定が明確でないためサービス調整やケア提供が行いにくい』ことであった。在宅緩和ケアの課題が明白となり、課題を解決する項目（アドバンス・ケア・プランニング）を含んだ在宅緩和ケア地域連携パスを作成した。しかし、地域連携パスの作成や関係者の合意に時間を要したことや、在宅緩和ケア（在宅看取り）を希望する患者・家族の件数が少ないことなどから在宅緩和ケア地域連携パスの試用には至らなかった。今後、患者・家族だけでなく在宅ケアスタッフも安心して在宅緩和ケアが提供できるように在宅緩和ケア地域連携パスを活用し、検証・修正を加えていくことが課題である。

平成26、27年度あわせて在宅緩和ケア事例検討懇話会2回、在宅緩和ケア講演会1回を開催した。在宅緩和ケア事例検討懇話会2回についてのみアンケート調査を実施した。基調講演、グループディスカッション、再現ロールプレイについてのそれぞれ、約80%が「大変参考になった」「参考になった」と評価し「あまり参考にならなかった」「参考にならなかった」と評価している者はいなかった。研修で得たものとして「知らず知らず、自分の考えを相手に納得させようとしている事、改めて気づかされた。」「答えは患者さんや家族の中にあり、我々はそれを後押しすることを再確認できました。」という意見が数多くあり、今後も研修会の継続を強く望む結果だった。

また、拠点病院のがん関連認定看護師会と師長会が企画するがん看護スキルアップ研修会をオープン研修として備北二次保健医療圏内の看護師の参加を広く募集し実施した。在宅ケアスタッフの参加は6人で、基準対象者を院内看護師3年目からとしたこともあり、基礎的な知識の研修内容であったため在宅ケアスタッフには物足りなさを感じると意見があった。来年度は、今年度の評価を基にがん看護スキルアップ研修会をオープン研修として在宅ケアスタッフのニーズも満たせる研修会を企画している。

7 今後の取組

今後も継続して取り組むべき備北二次保健医療圏域における在宅緩和ケアの課題は①アドバンス・ケア・プランニングの不足（患者への情報開示の際、あるいは家族の看取り不安に対する医療・福祉関係者のコミュニケーション能力の不足に起因）、②医療麻薬処方・管理（持続皮下注射管理）、③基幹病院との連携（特に自宅退院後のアフターケア）、④訪問看護師の不足である。

今後の具体的な取り組みとして、在宅緩和ケアコーディネーターが拠点病院と地域との連携強化の役割を果たしつつ、拠点病院は積極的な緩和ケアの情報発信の場として在宅ケアスタッフの知識技術の向上のための研修会を継続し、在宅緩和ケア資源マップ・在宅緩和ケア地域連携パスを活用して、ケアを受ける側も提供する側も安心して在宅緩

和ケアがおこなわれるようそれぞれに修正・改善を加えていく方針である。

また、さらなる発展として、拠点病院での治療を受けて在宅緩和ケアを希望した患者だけでなく、広島市内などの他院から備北二次保健医療圏内の在宅医と直接連携がおこなわれ在宅緩和ケアを希望した患者に対しても、必要であれば拠点病院の在宅緩和ケアコーディネーターや緩和ケア内科医師が共同して在宅緩和ケアを提供する体制も整えていく必要がある。県内でがんの治療から看取りまでを切れ目のないサポートが実施できるように、広島県内の在宅緩和ケアコーディネーター間でも顔の見える関係を築き連携を持つことも重要な要素と考える。そのため、在宅緩和ケアコーディネーター連絡会はコーディネーター間の顔の見える関係の構築、研鑽と情報共有・相談の場として大変有用であり今後も継続の必要性がある。

8 まとめ

備北二次保健医療圏内では平成 22 年から多職種連携会議を設け地域の医療・介護・福祉の連携の基盤があり、その上で本事業の 2 年間の取り組みによって在宅緩和ケアの提供体制を整える基盤づくりとなった。当モデル地域では在宅緩和ケアコーディネーターとして拠点病院内の組織である緩和ケアチームの専従看護師が任にあつたが、地域連携室との役割分担の明確化などに時間を要した。入院患者だけでなく自宅療養中からでも本人と家族の望みに沿った在宅緩和ケアを受けられるように、在宅緩和ケアコーディネーターができる体制づくりが必要である。また、在宅緩和ケアコーディネーターは緩和ケアに関する知識・技術・態度を十分に持つ者が行うことで、患者・家族の意思決定支援とともに、病状の変化を見通した迅速なコーディネートが可能と考える。

～在宅緩和ケアコーディネーター活動を通して感じたこと～

当モデル地域の在宅ケアに携わるみなさまには施設訪問時に暖かく迎えて頂き、惜しみないご協力で率直なご意見を頂戴できたことで在宅緩和ケアの課題が明白になり具体的な解決策を講じることができました。

「在宅緩和ケア資源マップ」「わたしのノート」製作にあたっては地域の専門家のお力でデザイン性のあるものが完成しました。また、広島県緩和ケア支援センターの皆様には本事業が成し遂げられるように適切なアドバイスとサポートを頂き、本事業に取り組んだ他のモデル地域の在宅緩和ケアコーディネーターの皆様と交流を深め見聞を広げられたことは大きな支えとなりました。そして、院内でもさまざまな職種から多岐にわたるご意見と協力をいただきました。

本事業にあたり数多くの方々のご協力のもとで二か年の事業を終えることが出来ましたことに深く感謝いたします。今後は本事業で得た成果を活かした在宅緩和ケアが継続できるよう努めて参ります。

別表
在宅緩和ケア推進モデル事業実施内容

施設名：市立三次中央病院

区分	小区分	それまでの取組	平成27年度																									
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
在宅緩和ケアの配属と活動	検討会議等		5/23 師長会議																									
	配置・活動スケジュール																											
	周知活動																											
	その他																											
	ネットワーク会議																											
地域ネットワーク会議の取組	事例検討会																											
	その他																											
	検討会・作成会議等																											
	作成スケジュール																											
	その他																											
地域資源マップ作成	検討会・作成会議等																											
	作成スケジュール																											
	その他																											
	検討会・作成会議等																											
	検討スケジュール																											
地域連携への検討	その他																											
	(各施設で項目を記入)																											
	地域在宅緩和ケア推進協議																											
	その他																											
	地域在宅緩和ケア推進協議																											

平成26年度 備北地区在宅緩和ケア・ネットワーク会議名簿

団体名	出席者氏名
三次地区医師会	中村 英典
庄原市医師会	毛利 昭生
三次市歯科医師会	林 点
庄原市歯科医師会	牧原 伸夫
三次薬剤師会(広島県薬剤師会三次支部)	岡村 素樹
広島県理学療法士会備北支部	上野 千沙
三次市介護支援専門員連絡協議会	岡崎 哲和
庄原市介護支援専門員連絡協議会	徳山 拓史
公益社団法人 広島県介護福祉士会 第4ブロック	廣山 初江
公益社団法人 広島県看護協会 三次・庄原支部	廣田 昭子
広島県社会福祉士会 北支部	平岡 和子
広島県栄養士会 備北支部	原 明美
一般社団法人 広島県歯科衛生士会 三次庄原地区会	佐々木 みほ
市立三次中央病院 緩和ケア内科医長	佐伯 俊成
市立三次中央病院 在宅緩和ケアコーディネーター	湯川 弘美
市立三次中央病院 医事課	片岡 光子
市立三次中央病院 医事課	河野 伸之
市立三次中央病院 医事課	中森 敬

平成27年度 備北地区在宅緩和ケア・ネットワーク会議 構成員名簿

団体名	出席者氏名
三次地区医師会	中村 英典
庄原市医師会	毛利 昭生
三次市歯科医師会	林 点
庄原市歯科医師会	生熊 義正
三次薬剤師会	岡村 素樹
広島県理学療法士会備北支部	藤井 大
三次市介護支援専門員連絡協議会	岡崎 哲和
庄原市介護支援専門員連絡協議会	本田 利美
公益社団法人 広島県介護福祉士会 第4ブロック	水元 美千子
公益社団法人 広島県看護協会 三次・庄原支部	新谷 ひとみ
広島県社会福祉士会 北支部	平岡 和子
広島県栄養士会 備北支部	原 明美
一般社団法人 広島県歯科衛生士会 三次庄原地区会	佐々木 みほ
市立三次中央病院 緩和ケア内科医長	佐伯 俊成
市立三次中央病院 緩和ケア内科医員	高広 悠平
市立三次中央病院 緩和ケアコーディネーター	湯川 弘美
市立三次中央病院 医事課長	片岡 光子
市立三次中央病院 医事課医事係主任主事	中森 敬



平成26年度広島県地域在宅緩和ケア推進事業 備北地区在宅緩和ケア事例検討懇話会

- 日時：平成27年2月21日（土）
14:00～16:30（150分）
- 会場：市立三次中央病院
健診センター2階 講堂
- 会次第
 - 1) 基調講義（30分）
「進行・終末期のがん患者と家族を支えるコミュニケーションのあり方—『偽りの希望』という名の重罪—」
緩和ケア内科 医長 佐伯 俊成
 - 2) グループディスカッション（40分）
 - 3) 再現ロールプレイ（70分）

※在宅がん患者・家族との対応には困惑・難渋することも多々あり、それが在宅ケアスタッフの疲弊に繋がるとの指摘がなされています。当懇話会は在宅ケアスタッフを対象に、そうした対応困難な場面を参加者全員で疑似体験し、お互いの知恵を出し合うことによって、備北地区における在宅緩和ケアの質をより高めていくことを目標にしています。

主催： 市立三次中央病院緩和ケアチーム
市立三次中央病院医事課

共催： 広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室
広島県健康福祉局がん対策課

在宅緩和ケア 資源マップ

【備北圏域版】



平成 27 年 3 月

 市立三次中央病院



平成27年度広島県地域在宅緩和ケア推進事業 備北地区在宅緩和ケア事例検討懇話会

- 日時：平成28年1月23日（土）
13:30～16:00（150分）
- 会場：庄原グランドホテル 3階 サファイア
- 会次第
 - 1) 基調講義（30分）

「在宅緩和ケアに役立つコミュニケーション技術
－聞き方・話し方の男女差を知る－」
緩和ケア内科 医長 佐伯 俊成
 - 2) グループディスカッション（40分）
 - 3) 再現ロールプレイ（70分）

在宅ケア・スタッフが進行がんを抱えた在宅患者さん・その家族と対応する際には、コミュニケーションに困惑・難渋することが少なくありません。そのために、スタッフの疲弊はいっそう募るばかりです。

当会は、そうした対応のむずかしい場面を参加者全員で疑似体験し、翌日から使えるコミュニケーション技術を持ち帰っていただくことを目的としています。ふるってご参加ください。


主催： 市立三次中央病院
（備北二次医療圏がん診療連携拠点病院）
共催： 広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室
広島県健康福祉局がん対策課

在宅緩和ケア 資源マップ

【備北圏域版】



平成 28 年 3 月

 市立三次中央病院

モデル事業実践報告 [福山市医師会]

1 はじめに

第2次広島県がん対策推進計画の柱の一つである緩和ケアの推進について、すべてのがん患者が住みなれた自宅や地域で安心して療養できるよう、地域単位での在宅緩和ケアのシステム構築が求められている。

福山市医師会は、平成26～27年度の2年間、福山・府中圏域の地域在宅緩和ケア推進モデル事業を実施した。県内では広島西圏域、広島中央圏域、備北圏域、広島圏域に続いて5圏域目である。

患者が在宅緩和ケアを望んでも、訪問診療や訪問看護などの利用方法がわからず自宅療養を断念するケースなど、在宅医療や在宅緩和ケアに関する地域住民への十分な周知啓発や、医療・介護関係者の地域資源の情報共有など課題がある。

在宅医療と介護の連携、さらに住民や行政を巻き込んだ「地域の輪」を強化するために行なった2年間の取り組みについて報告する。

2 地区の概要

モデル事業は福山市を中心に実施したため福山市を中心に述べる。

福山市は、広島県南東部に位置し、人口47万人、65歳以上の高齢化率は25%を超える中核都市である。がん診療連携拠点病院は3ヶ所、緩和ケア病棟を有する医療機関は2ヶ所、在宅医療を専門に行っている医療機関は3ヶ所ある。

この在宅医療専門の3医療機関は入院中のがん患者が看取りを含めた在宅療養を希望する場合、元來のかかりつけ医の受け入れが困難な際の受け皿としての機能も有しており、基幹病院からの在宅移行への道筋は概ね確立できていると思われる。

また、福山市医師会では『福山在宅どうしよう会』や『福山緩和ケア懇話会』を定期的で開催し、症例検討や勉強会、講演会等を行っている。隔月の開催の『在宅どうしよう会』では、毎回80名を超える多職種参加がある。さらに年2回開催している『福山緩和ケア懇話会』においても100名を超える参加があり、相互連携強化のニーズも高まっている。

3 モデル事業実施目的・目標

在宅療養中、または在宅療養を希望する患者や家族が住みなれた自宅や地域で安心して療養できる環境づくりを支援するために、福山・府中地域における在宅緩和ケアの現状や問題点を明確化し、医療・介護・福祉の連携強化と、円滑な在宅移行サポート体制を構築する。

4 取組内容（別表参照）

当モデル事業の2年間の事業実施内容は、別表のとおりである。

在宅緩和ケアに関する相談窓口を整備し、療養全般について相談を受け、医療・介護の専門スタッフの紹介や在宅ケアチームの調整、介護保険事業の紹介等の支援を行なった。

また、在宅緩和ケアに対応した資源マップの作成や在宅緩和ケア地域連携シートの運用検討を行ない情報共有の体制整備を行なった。

その他には、地域住民の第一の相談窓口となっている地域包括支援センターとの連携を重視し、コーディネーターが福山市地域包括支援センター連絡会に参加するなど、地域連携づくりにも取り組んだ。

5 各事業の実施状況

(1) 緩和ケアコーディネーター配置と活動

福山市内にある3つの在宅医療専門クリニックからなる連絡協議会を設立し、協議会内に実務経験を有する在宅緩和ケアコーディネーターを3名（看護師2名、MSW1名）配置した。

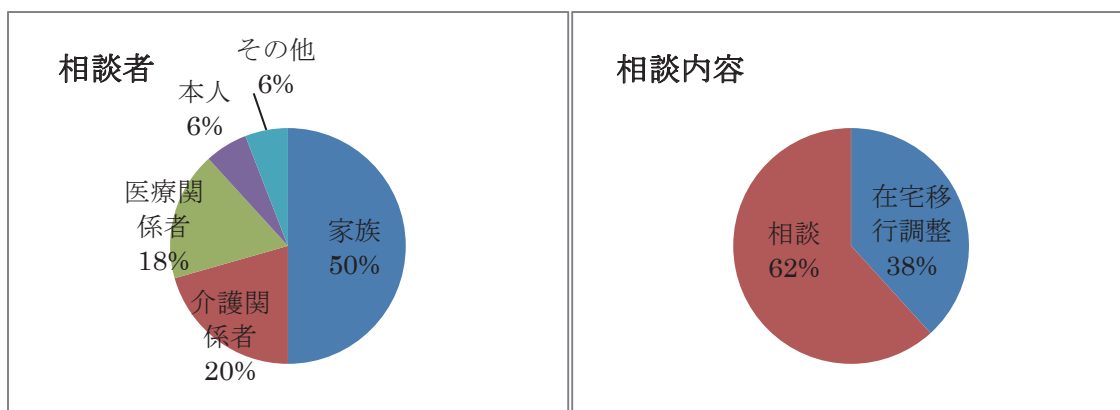
平成26年10月より在宅緩和ケア相談窓口『ローズネット』を福山市医師会館内に開設し、在宅緩和ケアコーディネーターによるがん患者の在宅移行調整や患者・家族からの相談等について対応をおこなった。なお、コーディネーターは兼務であるため、週3回（火・水・金曜日）13時30分～16時と受付時間を決めての開設とした。

まず、コーディネーターが福山市内の病院や地域包括支援センターへ説明に赴き、ポスターやリーフレットを配布し、ローズネットの周知活動を行った。また福山市医師会主催の講演会や広報誌、新聞、ラジオ等で広報活動を行った。市外にて加療したがん患者が帰福して療養することも考慮し、周辺地域（尾道・三原地区、倉敷、岡山等）のがん診療拠点病院へもリーフレットを郵送し、広報した。

平成28年3月までの総相談件数は34件であり、このうち非がんの相談が8件あった。相談者の内訳は、医療関係者6名、介護関係者7名、患者本人2名、家族17名、その他2名であった。

相談内容は、医療・介護関係者からは、主に在宅医や在宅ケアチームの調整依頼であった。患者本人や家族からは、症状や経過等の病状について、今後の在宅療養について、また療養中の不安を吐露される相談が多かった。傾聴を第一とし、必要な情報提供を行ったり、関係各所に繋いだりした。「またいつでもご相談ください」と言葉を添えることで、安心感を得られた・との返答が多く、また聴いてもらいたいと再度電話をくださる方もいた。かかりつけの病院や主治医には言いにくい、聴きにくいと言われる方も多く、医師会という公平中立な立場での相談窓口の設置は有効であると考えた。

また面談を希望され、コーディネーターが入院先へ出向いたケースが1件あった。



(2) 地域ネットワーク会議の実施

福山・府中地域の在宅緩和ケアに関わる医療・看護・介護・福祉・行政機関の関係者 19 名で構成され、この地域における在宅緩和ケアの現状や問題点、今後に向けた取り組みのほか、本事業柱である在宅緩和ケアコーディネーター、資源マップ、連携パスなどの課題について協議を行った。

また、事例検討会（実務者会議）も定期的を開催し、多職種顔の見える関係作りと在宅緩和ケアの質の向上を図るように努めた。

○広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業在宅緩和ケアネットワーク会議

- 第 1 回：平成 26 年 10 月 30 日（月）19：30～21：30
- 第 2 回：平成 27 年 3 月 17 日（火）19：30～21：00
- 第 3 回：平成 27 年 7 月 28 日（火）19：30～21：00
- 第 4 回：平成 28 年 2 月 19 日（金）19：30～21：00

○事例検討会（実務者会議）

- 第 1 回：平成 26 年 9 月 1 日（月）19：30～21：00
- 第 2 回：平成 26 年 9 月 29 日（月）19：30～21：00
- 第 3 回：平成 26 年 12 月 16 日（火）19：30～21：00
- 第 4 回：平成 27 年 1 月 27 日（火）19：30～21：00
- 第 5 回：平成 27 年 3 月 3 日（火）19：30～21：00
- 第 6 回：平成 27 年 4 月 16 日（木）19：30～21：00
- 第 7 回：平成 27 年 5 月 28 日（木）19：30～21：00
- 第 8 回：平成 27 年 6 月 30 日（火）19：30～21：15
- 第 9 回：平成 27 年 8 月 27 日（木）19：30～21：00
- 第 10 回：平成 27 年 10 月 15 日（木）19：30～21：00
- 第 11 回：平成 27 年 12 月 7 日（月）19：30～21：00
- 第 12 回：平成 28 年 1 月 8 日（金）19：30～21：10
- 第 13 回：平成 28 年 2 月 9 日（火）19：30～20：45
- 第 14 回：平成 28 年 3 月 31 日（木）19：30～21：00

(3) 地域資源マップ作成・活用

在宅医療推進拠点整備事業において作成された「福山市医療介護資源マップ」をベースに、がん患者の緩和ケアに対応した資源マップを作成し、専用ホームページにて公開した。地域でがん患者を支える医療機関、保険調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、その他在宅医療・介護を担う事業所の一覧とそれぞれの特徴を誰でも閲覧できるようになっている。

在宅緩和ケア相談窓口『ローズネット』でも、地域の医療・介護資源の探索に活用して適切な在宅ケアチーム等の紹介に役立てることができた。

(4) 地域連携パスの検討

福山・府中地域では、病院ケアチームと在宅ケアチーム間の情報共有や連携を図ることで、患者・家族の意向に沿った質の高いシームレスな緩和ケアを提供することを目的に、在宅緩和ケア地域連携シート（通称：ローズネットシート）作成し、運用することとした。

平成 27 年 8 月から運用を開始し、平成 28 年 3 月までの運用数は 80 件であった。

平成 28 年 3 月に在宅緩和ケア地域連携シート運用の評価としてアンケート調査を行ったところ、病院 34 名、在宅療養支援診療所 66 名、訪問看護ステーション 21 名、保険薬局 5 名から回答を得ることができた。今後は有用性や問題点について検討を行ない、シートの改善に取り組むこととしている。

(5) その他

①市民公開講座の開催

在宅緩和ケアについての啓発活動として、平成 26 年度に 1 回、平成 27 年度に 2 回、在宅緩和ケア講演会を開催し、在宅緩和ケア相談窓口「ローズネット」の紹介を行なった。

○在宅緩和ケア講演会（第 1 回） [参加者：130 名]

平成 27 年 1 月 16 日（金）19 時 15 分～ 福山市医師会館

『住み慣れた家で最期まで過ごすために～地域在宅緩和ケア推進事業の取り組み～』

広島県緩和ケア支援センター センター長 本家 好文 先生



○在宅緩和ケア講演会（第2回） [参加者：70名]
 平成27年10月31日（土）15時～ 福山市医師会館
 『いのちを受け止める町づくり～在宅ホスピスのススメ～』
 にのさかクリニック理事長 二ノ坂 保喜 先生



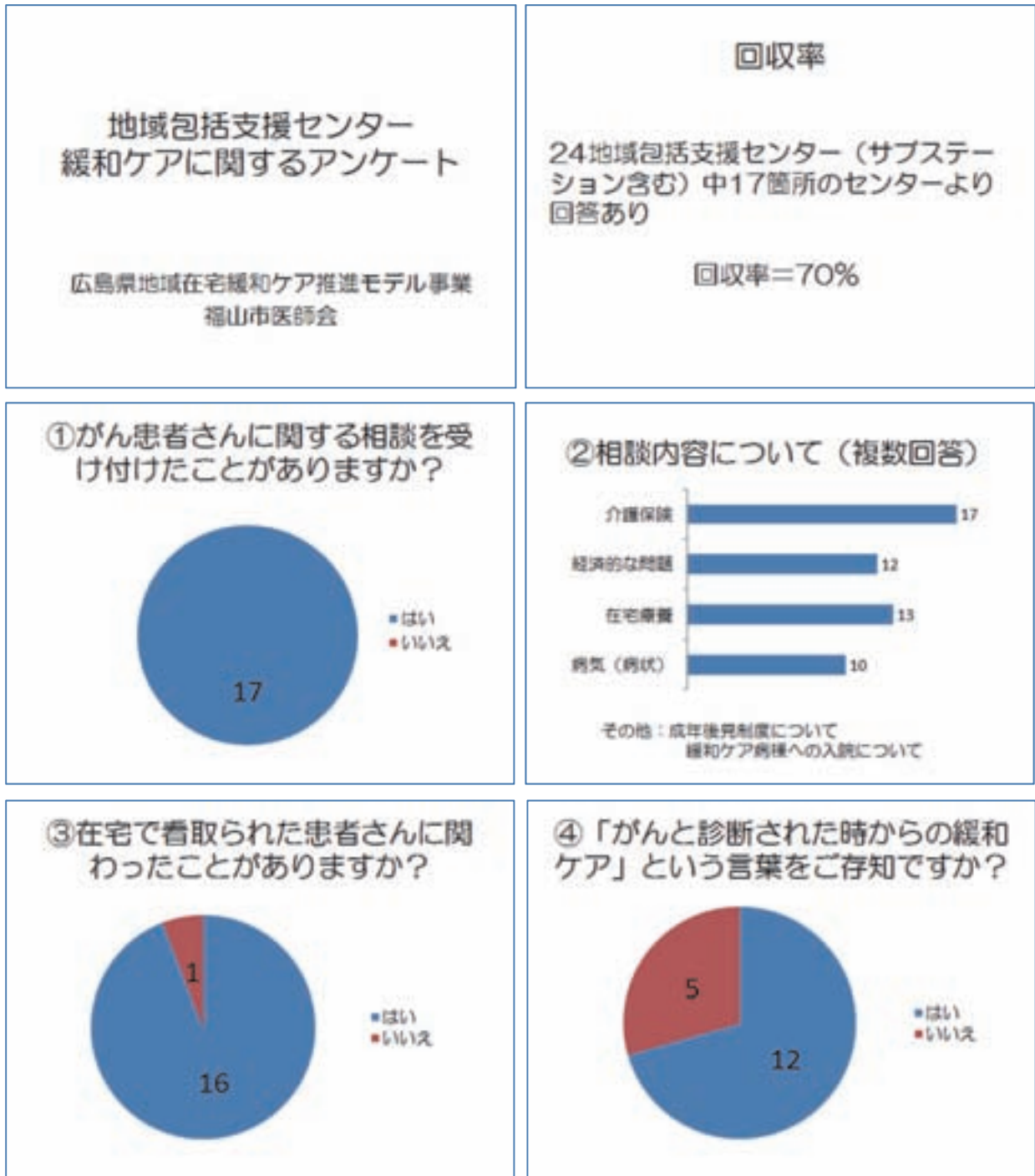
○在宅緩和ケア講演会（第3回） [参加者：242名]
 平成28年1月30日（土）14時～ 福山市医師会館
 『がんと共に生きる人々を支える～在宅緩和ケアの取り組み～』
 (株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長 秋山 正子 先生



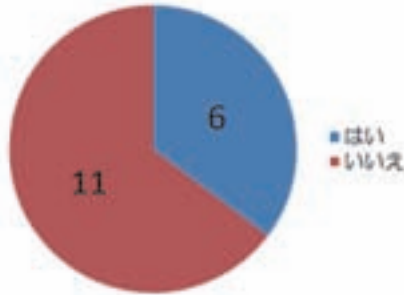
②地域包括支援センターとの連携

在宅緩和ケアの推進において、地域住民の第一の相談窓口である地域包括支援センターとの連携が重要と考え、福山市地域包括支援センター連絡会にコーディネーターが参加し、周知活動及び在宅緩和ケアについてのアンケート調査を行った。

その後、ローズネットへの説明を希望する地域包括支援センター主催の会にて、説明と情報提供等も実施した。



⑤広島県版ACPをご存知ですか？



⑥自由記載

- ・ローズネットに参加している医療機関が知りたい
- ・患者宅へ同行訪問可能か？
- ・経済的支援はどのようなものがあるか？
- ・65歳未満のがん患者で介護保険を申請した場合開かりが難しい、福祉用具の導入に関する支援が中心となり医療での対応が主で本人の意思が確認できないため生活全体の支援になりにくい
- ・通院時に必要な医療材料を明確にした情報提供とオビエイドの管理やレスパイトのための入浴など両側者と在宅支援チームと十分に協議が必要
- ・末期がんで介護保険を申請する場合申請後に急激に状態が悪化する場合がありますそのことを事前に要介護認定を行って欲しい
- ・要支援の方で暮取りまで関わることは少ないが船場の必要性を感じている

※抜粋、要約しています

※その他個別に聞いたご意見

- ・包括に相談があった時点では緩和ケアという認識をしていない
- ・手続が限られた方に関することであまり自分たちが関わるといった認識をしていない
- ・近くに病院があれば包括よりも直接病院に相談していると思う
- ・がん患者は医療機関での開かりが主なので任せてしまっている、緩和ケアや緩和など対応の難しい他のケースで手いっぱい
- ・包括で出来る支援が思いつかない

6 実施の評価

福山市では、福山市医師会内に在宅緩和ケア相談窓口を設けた。市民公開講座や地域住民向けの広報誌、ラジオ等の周知活動によって、徐々に患者や家族（地域住民）からの相談が増えていった。公平中立な立場で、かつ匿名の相談にも対応し、一定の効果はあったと考える。

また在宅緩和ケアだけではなく、非がんの相談もあり、総合的な相談窓口の設置が地域のニーズとして挙げられる。市内全般への周知には至っておらず、今後も事業を継続し、評価していく必要があると考える。

相談は週3回のうち火曜日と金曜日に集中し、水曜日が少ない状況であった。また時間的に余裕のある週末に電話したけど・・・と言われる方もあり、窓口の開設時間についても検討の余地がある。

地域資源マップは、コーディネーターは在宅移行調整の際に活用したが、地域住民への周知、市内全域での活用状況は把握できていない。

ローズネットシートは記載側の負担を考慮し、チェック項目を主とした簡便な形態としたことから、基幹病院からの在宅移行ツールとしての活用が定着している。訪問看護ステーションや保険薬局等の在宅ケアチーム側からも高評価を得ている。ケアマネージャーからも情報として得られればありがたいとの声もあった。

7 今後の取組

平成 28 年度からは、「福山市在宅医療・介護連携推進事業 在宅緩和ケア等推進業務」として、在宅緩和ケアコーディネーターを配置し、在宅緩和ケア相談窓口を継続することが決定となった。

今後は、緩和ケア以外の分野を含めた総合的な医療・介護の相談窓口として機能していくようネットワーク会議等によって協議していくこととしている。“市民が安心して在宅療養を行っていくためのサポート機能を持った気軽に相談できる窓口”として周知できるよう働きかけていきたい。

また、地域資源マップは、地域包括ケアシステム構築の一環として、平成 27 年 4 月から福山市が医療・介護連携推進のため本資源マップを引き継ぐこととなり、平成 28 年 4 月には対象地域を広島県と岡山県の備後圏域（6 市 2 町：広島県福山市、府中市、三原市、尾道市、神石高原町、世羅町、岡山県井原市、笠岡市）に広げ、「備後圏域地域包括ケア資源マップ」として運用が開始されることとなった。

ローズネットシートについては、アンケートの調査結果を踏まえて改訂版を作成し、今後は福山・府中全域の病院ケアチームから在宅ケアチームへの在宅移行シートとして浸透していくように周知活動に取り組んでいきたいと考えている。

8 まとめ

気軽に相談できる窓口があることは、地域にとって大きな利点である。今後は電話相談に留まらず、コーディネーターが地域に出向き、組織を横断し、地域包括ケアシステム構築に向けて『繋ぐ』役割を担っていければ…と考えている。

別表
在宅緩和ケア推進モデル事業実施内容

施設名：福山市医師会

区分	小区分	それまでの取組	平成26年度												平成27年度											
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
在宅緩和ケアC○配置と活動	実務者会議・事例検討会	それまでの取組							第1回 9/1			第3回 12/16	第4回 1/27		第5回 3/3	第6回 4/16	第7回 5/28	第8回 6/30		第9回 8/27	第10回 10/15	第11回 12/7	第12回 1/8	第13回 2/9	第14回 3/31	
	配置・活動スケジュール							10/1 C○3名配置相談窓口 開設			第10回 10/30															
	周知活動							チラシ 作成																		
	C○研修等							東広島地区 医師会訪問 9/19 C○研修 9/28																		
地域ネットワーク会議の実施	ネットワーク会議																									
	事例検討会																									
	その他																									
地域資源マップ作成	検討会・作成会議等																									
	作成スケジュール																									
	その他																									
地域連携バス検討	検討会・作成会議等																									
	検討スケジュール																									
	その他																									
その他	市民公開講座																									
	地域包括支援センターとの連携																									

平成26年度 地域在宅緩和ケアネットワーク会議 名簿

氏名	所属	推薦団体
井上 育忠 ※	井上医院	福山市医師会
丸山 典良 ※	まるやまホームクリニック	福山市医師会
藤岡 正浩 ※	船町ふじおかクリニック	福山市医師会
石井 芳樹	石井内科	松永沼隈地区医師会
小川 晃	小川内科胃腸科	深安地区医師会
野島 洋樹 ※	のじまホームクリニック	府中地区医師会
喜田 勝幸	きだ歯科医院	福山市歯科医師会
萩原 謙二	にこびん薬局瀬戸店	福山市薬剤師会
古口 契児 ※	福山市民病院	がん診療連携拠点病院
井上 雅博 ※	脳神経センター大田記念病院	医療機関
前原 弘江	前原病院	医療機関
小山 峰志	老人保健施設かなえ	老人保健施設かなえ
桑田 満喜子	東光訪問看護ステーション	東和会グループ
植田 睦常美	福山市民病院地域医療連携室	福山市民病院
小山 智恵	福山市地域包括支援センター南本庄	福山市高齢者支援課
松岡 久美子	福山市保健所健康推進課	福山市保健部総務課
新田 優子 ※	まるやまホームクリニック	コーデイネーター
藤井 慎二 ※	脳神経センター大田記念病院	コーデイネーター
高尾 美恵子 ※	のじまホームクリニック	コーデイネーター

※ 実務者会議参加者

(オブザーバー)

増田 百合香	広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室
--------	----------------------

平成27年度 地域在宅緩和ケアネットワーク会議 名簿

氏名	所属	推薦団体
井上 育忠 ※	井上医院	福山市医師会
丸山 典良 ※	まるやまホームクリニック	福山市医師会
藤岡 正浩 ※	船町ふじおかクリニック	福山市医師会
石井 芳樹	石井内科	松永沼隈地区医師会
小川 晃	小川内科胃腸科	深安地区医師会
野島 洋樹 ※	のじまホームクリニック	府中地区医師会
喜田 勝幸	きだ歯科医院	福山市歯科医師会
萩原 謙二	にこびん薬局瀬戸店	福山市薬剤師会
古口 契児 ※	福山市民病院	がん診療連携拠点病院
井上 雅博 ※	脳神経センター大田記念病院	医療機関
前原 弘江	前原病院	医療機関
小山 峰志	老人保健施設かなえ	老人保健施設かなえ
桑田 満喜子	東光訪問看護ステーション	東和会グループ
植田 睦常美	福山市民病院地域医療連携室	福山市民病院
小山 智恵	福山市地域包括支援センター南本庄	福山市高齢者支援課
松岡 久美子	福山市保健所健康推進課	福山市保健部総務課
新田 優子 ※	まるやまホームクリニック	コーデイネーター
藤井 慎二 ※	脳神経センター大田記念病院	コーデイネーター
高尾 美恵子 ※	のじまホームクリニック	コーデイネーター

※ 実務者会議参加者

(オブザーバー)

坂本 魁子	広島県東部厚生環境事務所・保健所福山支所保健課	
金輪 猛文	福山市保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課	
本冢 好文	広島県緩和ケア支援センター センター長	
亀井 典子	広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室 室長	
服多 美佐子	広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室 専門員	
藤井 愛	広島県健康福祉局がん対策課 主任	

相談内容について

- 「(今は)入院中だけど、やっぱり家で過ごしたい、どうしたらいい？」
- 「点滴しているけど、在宅療養はできる？」
- 「岡山の病院に入院しているけど、福山に帰って来たい」
- 「家に往診してくれるお医者さん、いますか？」
- 「家で長期まで過ごせるの？」
- 「医師や看護師の言われることが良くわからない」
- 「なかなか痛みが取れない」
- 「本人に病院受診を勧めるけど行きたくない」
- 「これからどれくらい費用が必要なのだろう...」等



どのようなことでもかまいません、今後の療養について不安に思われることやどこに聞いていいかわからないことがあればご相談ください。患者さまやご家族のお気持ちに寄り添い、安心して自宅で過ごせるよう、いっしょに考え、支援いたします。

個人情報者の取り扱いについて

相談を受け付けた際に知り得た個人情報とは関係機関との連携のため等、相談内容に関わる範囲内で使用します。また本モデル事業に関する会議、研修会等で事業の検証を行うために個人を特定しない形で使用させていただく場合もあります。

受付時間 火曜日・水曜日・金曜日

13:30~16:00

上記の受付時間にて **無料** で相談をお受けいたします。

電話・FAX・Emailにてお受けします。

直接来所にてお受けすることも可能ですが、事前に電話での予約が必要です。

TEL:084(959)5105 / FAX:084(959)5106

Email:fma-kanwacare@fmed.jp

URL:<http://fukuyama-zaitaku-map.net/>

〒720-0032 福山市三吉町南2-11-25

福山市医師会館内



資源マップを作成しました。



福山市医師会資源マップ

広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業

在宅緩和ケア相談窓口

ローズネット

がんになっても自宅でも安心して過ごせるために



一般社団法人 福山市医師会

「ローズネット」では在宅で療養されている
または今後、在宅での療養を希望されている
がんなどの患者さまのために在宅緩和ケアに
関する相談を受け付けています。



どなたからの相談でも **無料** でお受けします。

在宅緩和ケアとは？

がんなどによる痛みや、つらい症状をやわらげることによって住み慣れた家で過ごすことができるよう支援するプログラムです。医療・介護などの多職種でチームを組みご本人・ご家族の意向を尊重したケアを提供します。

- 窓口には「在宅緩和ケアコーディネーター」が配置されています。
- 緩和ケアに関する各機関と連絡をとり、必要な調整を行います。
- 公平・中立な立場で対応いたします。
- お話をうかがうだけでもかまいません。



※がん診療連携拠点病院とは

専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者さまに対する相談支援及び情報提供等を行っています。

※緩和ケア病棟とは

がんと診断されたあらゆる時期の患者さまが対象となります。身体的苦痛だけでなく全ての苦痛が緩和された状態で、その人らしく有意義に過ごしていただくことを目標とする病棟です。

＜地域在宅緩和ケア推進モデル事業について＞

福山市医師会では地域での在宅緩和ケアを推進するために広島県より本事業を受託しています。その一環として相談窓口を設置し「在宅緩和ケアコーディネーター」を配置しています。

がんになっても自宅で
安心してすごせるために

ローズネット

在宅緩和ケア相談窓口

「ローズネット」では在宅で療養されている、または今後、在宅での療養を希望されているがんなどの患者さまのために在宅緩和ケアに関する相談を受け付けています。

在宅緩和ケアとは？

がんなどによる痛みや、つらい症状をやわらげることによって住み慣れた家で過ごすことができるよう支援するプログラムです。医療・介護などの多職種でチームを組みご本人・ご家族の意向を尊重したケアを提供します。

お気軽にご相談ください

「(今は)入院中だけど、やっぱり家で過ごしたい。どうしたらいい?」

「点滴しているけど、在宅療養はできる?」

「岡山の病院に入院しているけど、福山に帰って来たい」

「家へ往診してくれるお医者さん、いますか?」

「家で最期まで過ごせるの?」

「医師や看護師の説明がよくわからない」

「なかなか痛みが取れない」

「本人に病院受診を勧めるけど行きたがらない」

「これからどれくらい費用が必要なのだろう」…等

相談無料

受付時間 火曜日・水曜日・金曜日
13:30~16:00

上記の受付時間にて相談をお受けいたします。

電話・FAX・Emailにてお受けします。

直接来所にてお受けすることも可能ですが、事前に電話での予約が必要です。

TEL:084(959)5105

FAX:084(959)5106

Email:fma-kanwacare@fmed.jp

URL:http://fukuyama-zaitaku-map.net/

〒720-0032 福山市三吉町南2-11-25

福山市医師会館内

ご自由にお取り下さい

相談依頼書（ ）

受付日：平成 年 月 日

依頼者情報

担当者：

相談依頼者	氏名	連絡先	
事業所名/医療機関名 <small>*該当の方はご記入ください</small>			
相談依頼者続柄	ご本人・ご家族・病院（医師・看護師・MSW）・ケアマネージャー・訪問看護師 介護スタッフ（ ）・その他（ ）		

対象者情報

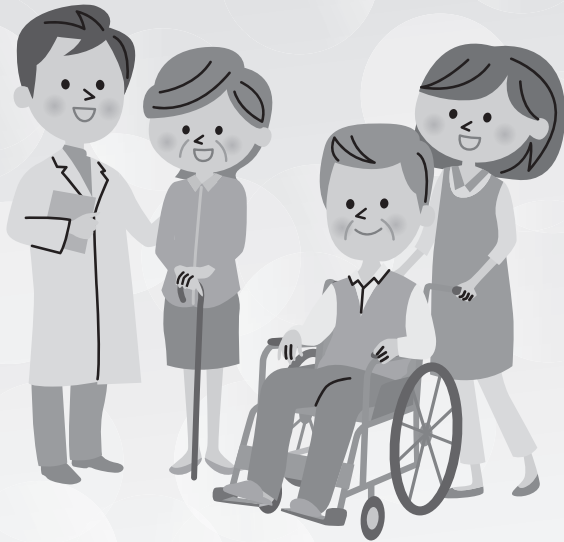
氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
住所			電話番号	
介護保険	要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5） ・ 申請中 ・ 未申請			
家族構成 <small>*キ-パ-ツに○印</small>				
かかりつけ医	医療機関名：	電話番号：（ ）		
療養状況	自宅療養中・入院中（医療機関名：A 病院 ） 施設入所（施設名： ）・その他（ ）			
【相談内容】				
【対応】				
【備考欄】				

確認印	確認印	確認印

福山市医師会 在宅緩和ケア相談窓口 ローズネット

在宅緩和ケア講演会

いのちを受け止める町づくり
～在宅ホスピスのススメ



平成27年

日時

10月31日(土)

15:00～17:00

会場

福山市医師会館
4階 講堂

参加費
無料

※福山市医師会の立体駐車場をご利用ください。



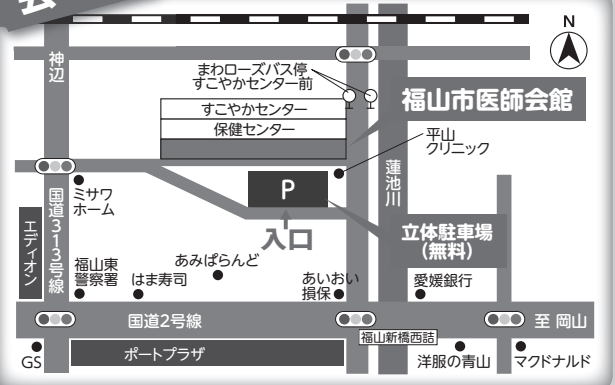
演題：『いのちを受け止める町づくり
～在宅ホスピスのススメ』

講師：にのさかクリニック 理事長
二ノ坂 保喜先生

在宅ケア及び在宅ホスピス

福岡で高齢者や末期患者(がん患者を含む)の在宅ケアに取り組んでいます。
医療関係者(看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、医師)ばかりでなく、多方面の職種とのネットワーク作りにも取り組んでいます。また、現在特に「在宅ホスピスケア」に力を入れています。
●「日本ホスピス在宅ケア研究会」理事 ●「福岡緩和ケア研究会」世話人

会場



定員 400名(要事前申込・先着順)

申込方法

氏名、電話番号を記載し、福山市医師会まで
FAXにて申込み FAX番号：084-926-0573

参加申込書

↑FAX 084-926-0573

下記の申込書にご記入の上、FAXでお申込みください。↑

ご氏名・ふりがな	住所	電話番号(緊急時の連絡用)

主催：福山市医師会
後援：福山市

お問い合わせ：福山市医師会総務課 TEL 084-922-0243

ローズネットシート

<作成日>平成 年 月 日

<病院名> 担当:

フリガナ 氏名:		性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日: 陽・疋・曜・平成 年 月 日 (歳)
住所: 〒		TEL: ()	
キーパーソン氏名:		続柄() <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	家族構成
緊急連絡先	①氏名:	続柄()	
	連絡先:		
	②氏名:	続柄()	
	連絡先:		
医療保険: <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保高齢(患者負担 割) <input type="checkbox"/> 社保/(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢(患者負担 割)			
公費: 生保(担当CW) 障・難病・原・母・乳・その他()			
介護保険: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中(月 日申請)			
手帳: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 身・精・療(級) 障がい福祉サービスの利用: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有			
<医療情報>			
主病名			
転移・合併症等			
療養状況		<input type="checkbox"/> 入院中・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅: 関係() <input type="checkbox"/> 施設入所中: 施設名() <input type="checkbox"/> その他	
今後の方針		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通院と在宅の併用 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> その他()	

最初に在宅ケアを勧めた人について	
<input type="checkbox"/> 患者本人が希望 <input type="checkbox"/> 家族(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 知人	
<input type="checkbox"/> 医療関係者(<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他の医療者) <input type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> その他()	
在宅ケアを紹介した理由について(複数チェック可)	
<input type="checkbox"/> 本人が希望するため <input type="checkbox"/> 家族が希望するため <input type="checkbox"/> 主治医が提案したため <input type="checkbox"/> 入院期間が長くなったため	
<input type="checkbox"/> 治療の効果が期待できなくなったため <input type="checkbox"/> 終末期の看取りのため	
<input type="checkbox"/> その他()	
病名・病状についてどこまで告知や説明をしていますか	
【患者本人に対して】	
<input type="checkbox"/> 病名のみ(がんであることのみ)	<input type="checkbox"/> 転移・再発部位や今後の見通しを含めて
<input type="checkbox"/> 余命を含めて	<input type="checkbox"/> がんであることを告知していない
【家族に対して】	
<input type="checkbox"/> 病名のみ(がんであることのみ)	<input type="checkbox"/> 転移・再発部位や今後の見通しを含めて
<input type="checkbox"/> 余命を含めて	<input type="checkbox"/> がんであることを告知していない

がんに伴う症状(現在問題となっているものにチェックしてください)	
<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()	
身体的苦痛以外で感じられている苦痛 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()	
疼痛管理に関する薬剤を全て記載してください <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 持続注射(静・皮下) <input type="checkbox"/> その他	
使用薬	※オピオイド1日投与量:
【医療処置】 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CVポート・CVカテ) <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(胃瘻・経鼻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 自己注射	
<input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門	
<input type="checkbox"/> 褥瘡処置・創処置() <input type="checkbox"/> その他()	

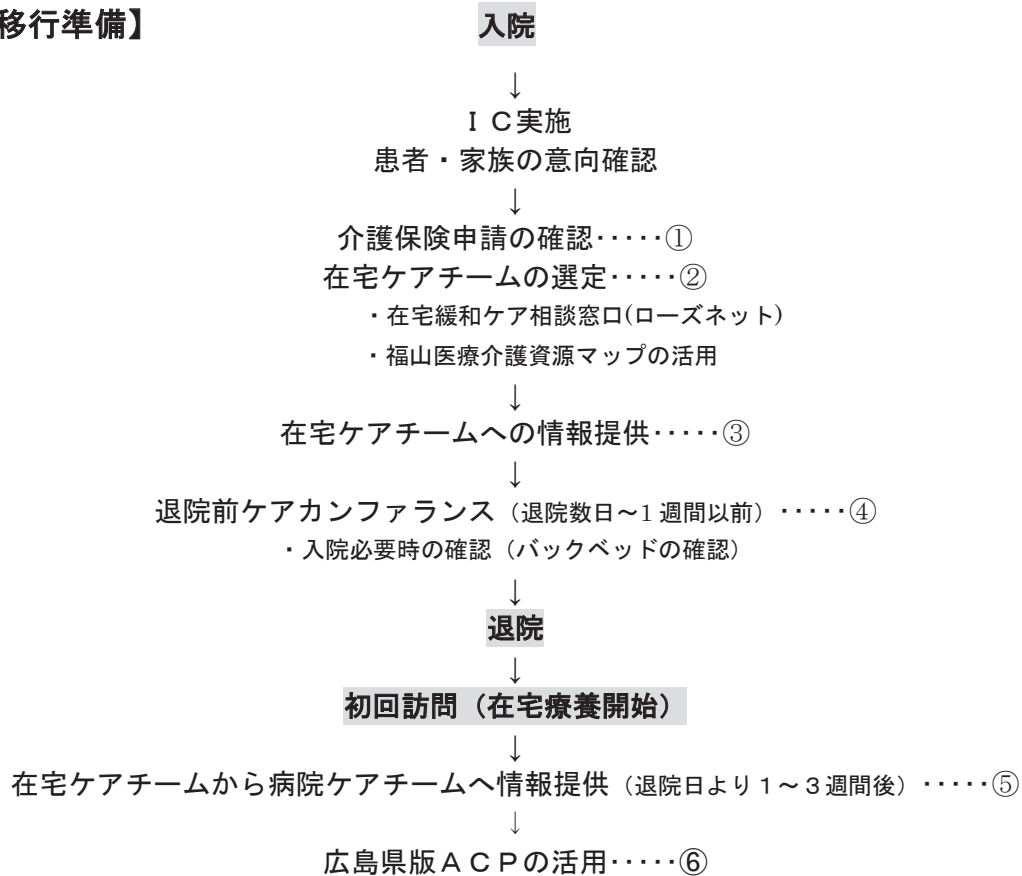
臨床的な予後はどれくらいと考えられますか	
<input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 2~3週間程度 <input type="checkbox"/> 1週間以内	

経済的問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()
その他問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()

退院前カンファランス: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 年 月 日() :	退院予定日: 年 月 日()
--	-----------------

ローズネットシート

【在宅移行準備】



- ① 介護保険申請の確認
必要時、介護保険の申請を行う。
- ② 在宅ケアチームの選定（必要性の有無について検討し、患者・家族の意向により選定を行う）
 - 在宅医**
元々かかりつけ医があればまず訪問診療、往診の対応の可否を確認する。
対応困難な場合、対応可能な医療機関を選定、依頼する。
 - 訪問看護**
頻度、処置内容、24時間対応等の内容を検討し、対応可能な事業所を選定する。
訪問看護指示書の作成医師、指示期間の確認を行う。
 - 保険薬局**
訪問薬剤管理指導、24時間対応の必要性について検討し、対応可能な保険薬局を選定する。
 - 医療機器**
必要な医療機器があれば業者を選定する。
管理料の必要な医療機器がある場合には、算定する医療機関を確認しておく。
 - 病院**
退院後の外来受診の有無、再入院必要時の対応等を確認しておく。
その他、必要な介護サービスがあればケアマネジャーを通じて調整を行う。
在宅療養に必要な費用の概算を確認し、経済的問題があれば相談・支援を行う。
- ③ 在宅ケアチームへ診療情報提供書、ローズネットシート等の情報提供を行う。
- ④ 病院ケアチームと在宅ケアチームでケアカンファランスを行い、病状や今後の対応等について確認する。
- ⑤ 在宅ケアチームから病院ケアチームへ、退院後の経過報告を行う。
- ⑥ 本人、家族、在宅ケアチームにて今後の方針について広島県版ACPを活用して話し合いを行う。

モデル事業実践報告 [一般社団法人 呉市医師会]

1 はじめに

呉市医師会は、平成 27 年度から 28 年度の 2 年間、呉地域在宅緩和ケア推進モデル事業を実施した。県内においては、福山・府中圏域に続いて 6 圏域目である。

呉市には、市内中心部に 3 つのがん診療連携拠点病院（呉医療センター・呉共済病院・中国労災病院）があることから、呉市医師会を中心として在宅緩和ケア相談窓口を設置し、当該 3 病院の輪番制による相談体制を実施した。2 年間の取組みについて報告する。

2 地区の概要

モデル事業は呉市を中心に実施したため、呉市の概要を中心に述べる。

呉市は広島県南西部に位置し、天応から安浦町までの沿岸部と倉橋島から大崎下島に至る島嶼部で構成され海岸線を多くもつ中核市である。人口は約 23 万 2 千人、65 歳以上の高齢者人口の割合は 33.4%。県下第 3 位の医療圏の中心である。

地域の特性として、市内中心部に国指定のがん診療連携拠点病院が 1 つ（呉医療センター）、県指定のがん診療連携拠点病院が 2 つ（呉共済病院、中国労災病院）あり、元来病診・病病連携体制が構築されている。

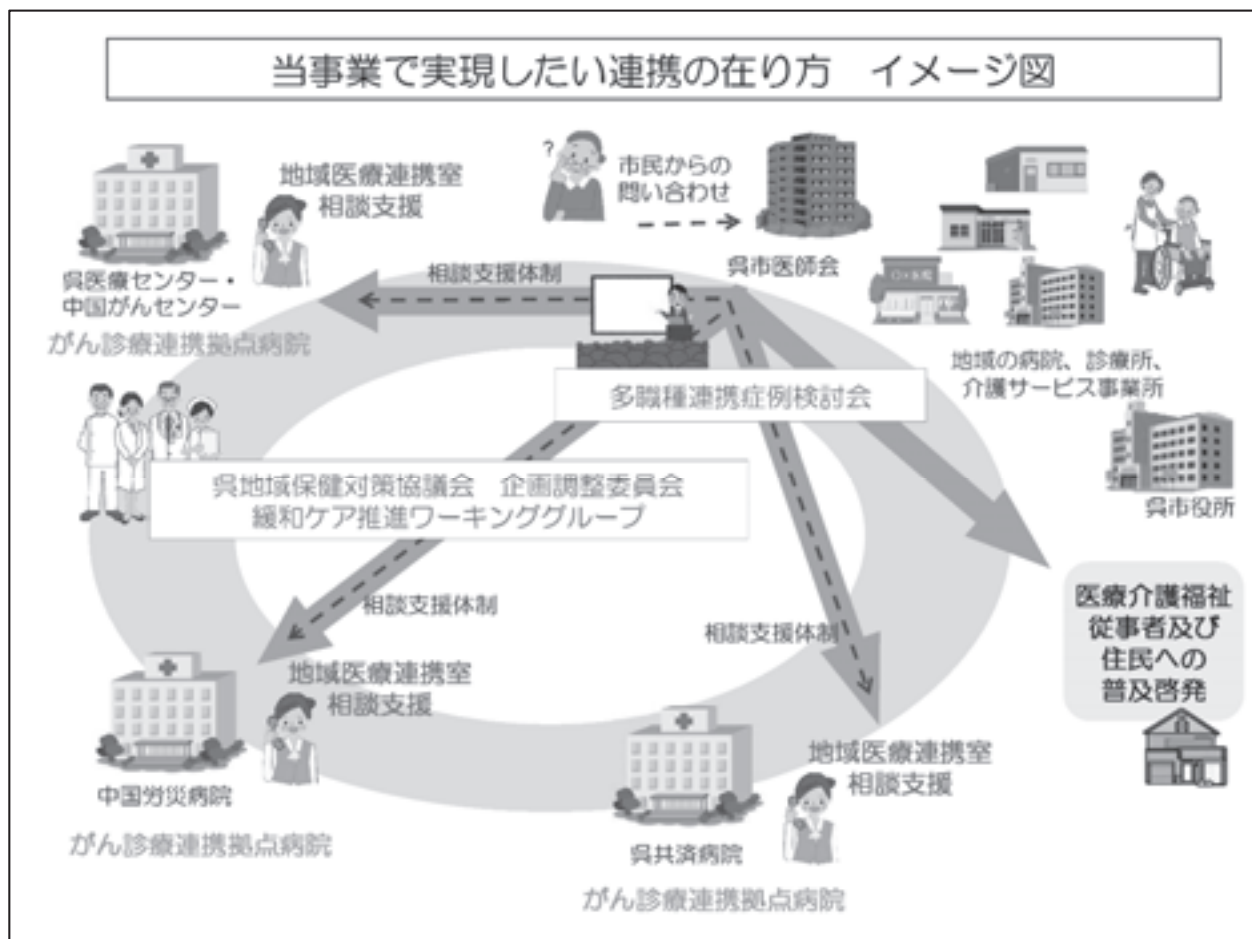
また、各職能団体による多職種連携会議が設けられ、積極的な活動がなされ、がん診療連携が推進されている。

さらに、地域医療連携に関する活動としては、医師だけでなく医療関係者、介護・福祉関係者及び行政が不可欠であることから、呉市医師会が中心になって、呉地域保健対策協議会（呉圏域地対協）並びに呉市地域保健対策協議会（呉市地対協）に小委員会や実務者会議等を設置し、各分野の連携体制の整備・推進を図っている。特に、呉圏域地対協において、二次医療圏の在宅におけるがん対策の一環として緩和ケア体制の構築を検討した。呉市医師会が中心となって実務者会議での協議を重ね、平成 21 年 5 月に「がん性疼痛管理マニュアル」を作成して発行し、同年 5 月 12 日に呉市医師会館で緩和ケアに関わる医療従事者を集めて導入説明会を開催している。

3 モデル事業実施目的・目標

呉圏域地対協の緩和ケア推進ワーキンググループで協議し、呉地域の特性を活かした 3 つのがん診療連携拠点病院による在宅緩和ケア相談支援体制の構築や多職種連携を目的とした症例検討会、市民公開講演会による啓発を行うこととした。

- ・地域特性に応じた在宅緩和ケア体制づくり
- ・在宅緩和ケアコーディネーターの養成
- ・在宅緩和ケア地域資源マップの作成
- ・在宅緩和ケアに係る事例検討会及び市民講演会の開催



4 取組内容(別表1参照)

平成27年度、平成28年度のモデル事業の実施内容は別表1の通りである。

在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動、在宅緩和ケア地域ネットワーク会議の開催、在宅緩和ケアに関する地域資源マップの作成と配布、在宅緩和ケアに関する事例検討会、在宅医療に関する市民公開講演会を開催した。詳細は、次節「5 各事業の実施状況」で述べる。

5 各事業の実施状況

(1) 緩和ケアコーディネーター配置と活動

呉市には、国指定の拠点病院が1つ、県指定の拠点病院が2つあり、この3施設の輪番体制により市民や介護、福祉関係者からの相談に応じる体制で実施した。

在宅緩和ケア相談窓口開設(平成28年1月)

市民からの最初の相談窓口として医師会が相談を受け、がん診療連携拠点病院である3病院の輪番病院を案内する。

輪番体制は、がん診療連携拠点病院である呉医療センター・中国労災病院・呉共済病院の3病院でローテーションを組み、市民や介護、福祉関係者からの相談に応じる。

在宅緩和ケア相談窓口のチラシやポスターを作成し、市民や福祉関係者へ配布した。

人数 3名（呉医療センター1名・呉共済病院1名・中国労災病院1名）
 職種 医療ソーシャルワーカー・看護師
 配置場所 呉医療センター・呉共済病院・中国労災病院／呉市医師会
 配置年月日 平成28年1月～平成29年3月31日

（がん診療連携拠点病院輪番）

呉医療センター：1月～4月
 中国労災病院：5月～8月
 呉共済病院：9月～12月

医師会在宅緩和ケア相談窓口相談件数 3件

輪番体制当番病院相談事例数（別紙資料一覧）

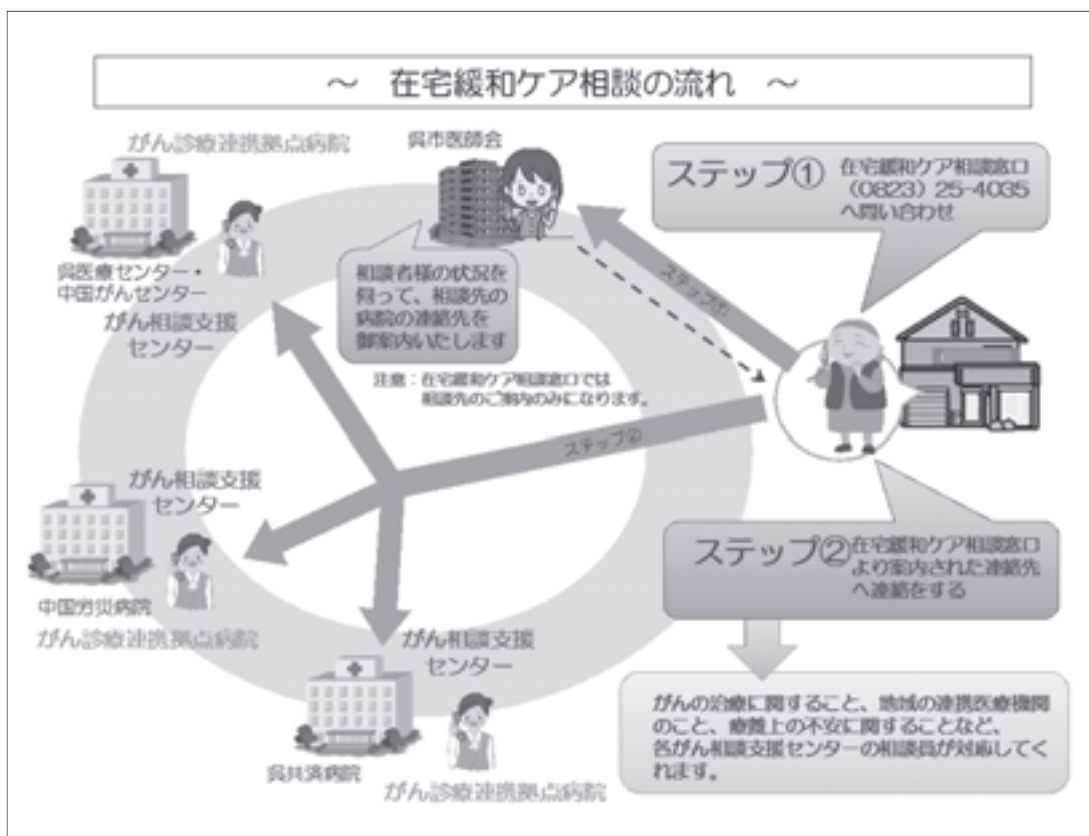
呉医療センター 23件
 中国労災病院 37件
 呉共済病院 38件



活動の評価

コーディネーターを設置する代わりに、医師会が統括や調整を行い、3つのがん診療連携拠点病院が輪番体制で相談対応を行うことで、病院間で連携して対応をすることができ、また、いずれかの病院に既にかかったことのある方や病院に直接連絡をする方は各病院が対応し、どこにもかかっていない方の受け皿として、医師会の在宅緩和ケア相談窓口を活用した。

相談窓口の相談件数は3件で、そのうち、がん診療連携拠点病院へ繋がったのは2件。実績はほとんどなかったが、相談窓口を設置し基盤を作る期間とし、相談窓口以外のがん診療連携拠点病院の実績も含め事例検討を行うこととした。



(検討会議等)

呉地域保健対策協議会の部会である緩和ケア推進ワーキンググループを検討会議として活用し、下記の通り開催した。

開催日時	開催場所	会議	出席者数
H28. 5. 17 (火) 19:30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会 呉地域保健計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 在宅緩和ケア実践者ネットワーク (事例検討) 会議	6名
H28. 8. 25 (木) 19:30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会 呉地域保健計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 在宅緩和ケア実践者ネットワーク (事例検討) 会議	5名
H28. 10. 6 (木) 19:30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会 呉地域保健計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 在宅緩和ケア実践者ネットワーク (事例検討) 会議	6名
H28. 12. 20 (火) 19:30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会 呉地域保健計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 在宅緩和ケア実践者ネットワーク (事例検討) 会議	4名

(周知活動)

①在宅緩和ケア推進モデル事業の取り組みと、その一環である在宅緩和ケア相談窓口について説明会を開催して関係者へ周知した。

会 議 終末期医療研修会・ACP (アドバンス・ケア・プランニング) 及び在宅緩和ケア推進モデル事業説明会

日 時 平成27年10月7日 (水) 午後7時30分～午後9時

場 所 呉市医師会館5階講堂

参加者 56名

②介護施設等における看取りに関する研修会を開催し、参加者へ在宅緩和ケア相談窓口の広報を行った。

会 議 介護施設等における看取りに関する研修会

日 時 平成28年1月25日 (月) 午後7時30分～午後9時

場 所 呉市医師会館5階講堂

参加者 107名

③市民公開講座を開催し、ミニレクチャーとしてACP (アドバンス・ケア・プランニング) と在宅緩和ケア相談窓口の広報を行った。

終末期医療に関する市民公開講座

日 時 平成28年3月27日 (日) 午後1時30分～午後3時

場 所 呉市医師会館5階講堂

テーマ 「自分らしい生き死にを考えるー終末期医療についてー」

演 題 ケア志向の在宅医療の実践の結果としての「看取り」について

講師 ナカノ在宅医療クリニック院長 中野 一司 先生
 ミニレクチャー ACP・在宅緩和ケア相談窓口について
 参加者 320名

市民公開講座・終末期医療に関する講演会

日時 平成29年1月29日（日）午後1時30～3時
 場所 くれ絆ホール
 テーマ 「自分らしい生き死にを考えるー終末期医療についてー」
 演題 「最期まで自分らしく生きる～在宅での看とりの選択肢～」
 講師 医療法人ゆうの森たんぽぽクリニック 永井 康徳 先生
 ミニレクチャー ACPについて・在宅緩和ケアについて
 参加者 410名（別紙資料：アンケート結果）

(2) 地域ネットワーク会議の実施

在宅緩和ケアネットワーク会議は、呉地域保健対策協議会にある部会の緩和ケア推進ワーキンググループを活用し下記のとおり開催した。

委員構成：がん診療連携拠点病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー・開業医・訪問看護ステーション看護師・地域包括支援センターケアマネジャー、行政関係者（別紙資料：委員名簿）

(ネットワーク会議等開催状況)

開催日時	開催場所	会議	出席者数
H27.5.21（木） 19：00	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG	28名
H27.8.19（水） 19：00	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 実務者会議	8名
H27.11.4（水） 19：00	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG	17名
H28.7.7（木） 19：30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG	28名
H28.9.13（火） 19：30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 実務者会議	15名
H28.11.28（月） 19：30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会 呉地域保健計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 実務者会議	9名
H28.12.27（火） 19：30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG 実務者会議	10名
H29.3.30（木） 19：30	呉市医師会館	呉地域保健対策協議会呉地域保健利用計画推進小委員会 緩和ケア推進WG	30名

平成 27 年度に 3 回、平成 28 年度 5 回、計 8 回の緩和ケア推進ワーキンググループ委員会を開催した。当地域の在宅緩和ケアの現状の確認と問題点及び課題の共有、在宅緩和ケアコーディネーターの役割の検討、事例検討会の企画、地域資源マップについて協議した。

2 年間のネットワーク会議を通じて、がん診療連携拠点病院間だけでなく、医療・介護・福祉の多職種連携による顔の見える関係を深めることができた。

(事例検討会)

在宅緩和ケアコーディネーターの養成と多職種の連携体制の構築を目的として、在宅緩和ケアに関わる事例の検討会を開催した。

会 議 呉地域在宅緩和ケア事例検討会
日 時 平成 29 年 2 月 15 日 (水) 午後 7 時 30 分～午後 9 時
場 所 呉市医師会館 5 階講堂
参加者 130 名
内 容 シンポジウム「在宅終末期ケアを行なった一事例の検討」
座長 呉圏地域対協 緩和ケア推進ワーキング委員会委員長
国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター
緩和ケアセンター部長 砂田祥司 先生

シンポジスト

- ・がん診療病院から
中国労災病院地域医療連携室医療ソーシャルワーカー 田中寿恵 氏
- ・在宅医療から
呉記念クリニック院長 栗原 毅 先生
広島県看護協会訪問看護ステーションそよかぜ 神垣幸絵 氏
サンキ・ウエルビィケアプランセンター呉 植木美穂 氏

①在宅緩和ケアコーディネーター養成事業について

②総論：各職種の役割について

③各論：事例発表・各職種の支援の実際

症例：76 歳・男性 原疾患：肺癌

現病歴：X 年 5 月、肺扁平上皮癌と診断、手術や化学療法の希望なく、間質性肺炎のため放射線治療も困難で経過観察。X+1 年 1 月より癌の進行に伴う体力低下と認知症が進行、通院困難となり在宅緩和ケアを希望され在宅医療機関へ紹介された。

訪問診療開始から 1 か月後に在宅で家族に看取られた。訪問診療は週 1 回、計 6 回のみで在宅酸素療法、訪問入浴等も辞退された。家族が最期まで本人らしく生活させたいと希望されたケース。

④事例検討・パネルディスカッション ⑤質疑応答・まとめ

⑥ACP (アドバンス・ケア・プランニング) について

(総括) 在宅緩和ケア事例検討会を開催した。テーマは「在宅終末期ケアを行なった一



事例の検討」。まず、呉医療センター緩和ケアセンター部長砂田祥司先生からモデル事業の経過報告を行って、当該事例検討会を在宅緩和ケアコーディネーターの養成、多職種連携体制の構築を目的に実施する旨説明した。次いで、各職種から各自どのような情報収集、アセスメントをして治療、ケア、支援にあたっているのかを説明し、在宅緩和ケアに関わる各職種の認識の共有化を図った。続いて、中国労災病院医療ソーシャルワーカー 田中寿恵氏から在宅で終末期ケアを行なった事例を紹介し、各職種から患者への関わり方を説明しながら事例検討、意見交換を行った。質疑応答も行って、県地对協作成のACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての説明を行い、終末期医療の取組みについて各職種の情報の共有化を図った。（アンケート結果別紙）

（3）地域資源マップ作成・活用

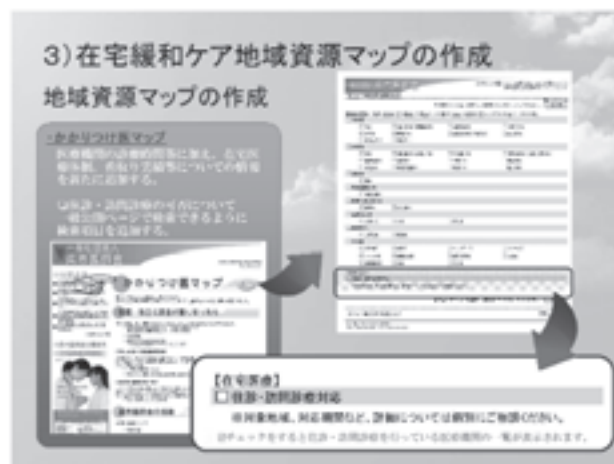
呉市医師会では、市民が医療機関の施設情報を検索、参照できるようホームページに公開し、医療情報の提供に努めている。また、医療機関と介護老人保健施設の診療情報について冊子（かかりつけ医ブック）を作成し、各病院と診療所で情報を共有し、患者の紹介・逆紹介に活用している。

①かかりつけ医ブックの作成

呉市医師会登録医療機関による、地域資源マップを作成している。医療機関の診療時間等に加え、在宅医療体制についての情報を追加した。呉市医師会の登録医療機関へ配布した。

②呉市医師会ホームページ

市民が在宅医療に対応する医療機関の情報を検索できるようホームページに検索機能を追加した。



③在宅医療（緩和ケア）地域資源マップの作成

呉市内の在宅医療（緩和ケア）に対応可能な医療機関・歯科医院・保険薬・訪問看護ステーション等を掲載した地域別のマップを作成（5,000冊）し配布した。



(4) 地域連携パスの検討

現在、呉地域で運用している緩和ケア地域連携パスについて、緩和ケア推進ワーキンググループ委員会で内容、運用方法等を引き続き検討する。



6 実施の評価

呉市内の3つのがん診療拠点病院の機能を活用し、呉市医師会に在宅緩和ケア相談窓口を設置して主に各拠点病院に関わりのない患者の案内窓口として運用した。当初より相談数は少ない見込みであったが、予想よりもさらに少ない結果となった。

当地域では診療連携体制が構築されており、情報の伝達、共有は図られているが、当該モデル事業を通して繰り返し事例検討、情報交換を行い、在宅コーディネーター同士の連携がさらに深まった。

地域資源マップは、医療機関及び歯科医療機関において対応できる在宅ケアを具体的に掲載することで在宅緩和ケアへつながるよう情報提供に努めた。

7 今後の取組

当該モデル事業の完了をもって呉市医師会の在宅緩和ケア相談窓口の運用は終了するが、これまでと同様がん診療拠点病院によるがん相談支援体制に戻して対応することとなった。

今後も当地域での緩和ケア体制、がん相談支援体制の連携推進を継続するとともに、呉圏域地対協緩和ケア推進ワーキンググループによる地域の中で関係者同士の顔の見える緩和ケアネットワークを推進することを確認した。

8 まとめ

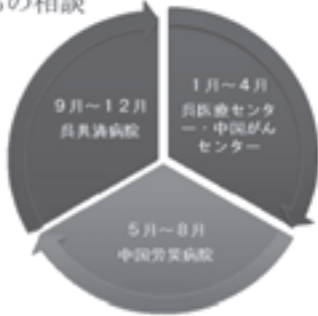
相談窓口自体の運用実績は少なかったが、呉地域では医師会が窓口となって地域の複数のがん診療拠点病院と調整し在宅緩和ケアネットワークを構築、運用する形態として参考にしていただければ幸いである。

呉圏地域対協 緩和ケア推進ワーキンググループ委員名簿（敬称略）

委員長	砂田 祥司	医 師	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 緩和ケアセンター部長
委員	野間 靖彬	医 師	野間クリニック 院長
委員	福原 弘文	医 師	医療法人 福原内科クリニック 院長
委員	児玉 寛治	医 師	国家公務員共済組合連合 呉共済病院 内視鏡室部長
委員	沖元 達也	医 師	社会福祉法人恩賜財団広島済生会 済生会呉病院 外科医長， 呉市 医師会理事
委員	齊藤 寛	医 師	さいとう内科 院長
委員	大宇根晃雅	医 師	医療法人晃全会 大宇根内科呼吸器科クリニック 院長
委員	高橋 護	医 師	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 乳腺外科部長
委員	栗原 誠	医 師	医療法人有信会 呉記念病院 院長
委員	奥田真由美	看護師	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 看護師長
委員	折本 陽一	医療 ソーシャルワーカー	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 医療社会事業専門職
委員	上野 ゆか	看護師	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 緩和ケア認定看 護師
委員	田中 寿恵	医療 ソーシャルワーカー	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 医療ソーシャルワーカー
委員	福澤 正隆	薬剤師	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 薬剤部薬剤師
委員	宮下 清美	看護師	国家公務員共済組連合会 呉共済病院 看護師
委員	西岡 里実	看護師	国家公務員共済組連合会 呉共済病院 地域医療連携室 看護師長
委員	平田 正彦	医療 ソーシャルワーカー	社会福祉法人恩賜財団広島済生会 済生会呉病院 保健医療相談室 室長心得
委員	五十嵐紀子	看護師	訪問看護ステーションかもめ（済生会呉病院）管理者
委員	荒川 良子	看護師	広島県看護協会訪問看護ステーション「ひかり」管理者
委員	谷内田純子	看護師	呉市医師会総合介護センター訪問看護ステーション管理者
委員	佐々木一仁	薬剤師	呉市薬剤師会常務理事
委員	河端 一志	ケアマネジャー	呉市介護支援専門員連絡協議会会長， 延寿荘居宅介護支援事業所
委員	宮下 勝則	ケアマネジャー	呉市中央地域包括支援センター管理者

オブザー バー	山下 芳典	医 師	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター外 科医長， 呉がん地域医療連携研究会代表
------------	-------	-----	---

呉市医師会 在宅緩和ケア相談窓口マニュアル

- 1) 呉市医師会は、在宅緩和ケア推進モデル事業において、「呉市医師会在宅緩和ケア相談窓口」を設置する。
3つのがん診療連携拠点病院（呉医療センター・中国がんセンター、中国労災病院、呉共済病院）以外の相談先が決まっていないがん患者の相談体制を整える。
- 2) 「在宅緩和ケア相談窓口」は、在宅で療養されている、または今後、在宅での療養を希望されているがん患者で、どこへ相談したらいいのかわからない方に対する相談を取り扱うものとする。
- 3) 医療相談窓口の受付体制
 - ◇ 受付時間
 - ・ 月曜日～金曜日（祝日は除く） 8：30～17：00
 - ・ 上記以外の時間に電話がかかってきた場合は「担当者から後日ご連絡させていただきま
 - す。」と対応。
 - ◇ 相談窓口メンバー
 - ・ 4チーム（2人1組）で1チーム1週間毎の持ち回り制とする。（相談窓口専用電話（0823）25-4035 で対応）。
 - ◇ 対応方法
 - ・ 専用電話（25-4035）にかかってきた相談にその場で回答し、その旨を受付票に記載。
 - ・ 相談者へ案内をした医療機関連携室へ受付票をFAXし、担当者へ提出。
（FAX 呉医療センター32-3070・中国労災病院 74-6260・呉共済病院 22-2116）
 - ◇ 受付票
 - ・ 受付票は担当者が取りまとめ、事業報告書として提出。
- 4) 相談内容への具体的返答方法
在宅で療養されている、または今後、在宅での療養を希望されている方からの相談
 - (1) がん治療を受けた病院に相談してもらう
 - (2) がん治療を受けた病院へ何らかの理由で相談できない場合
下記の3病院が在宅緩和ケア相談支援を行っている旨を伝え、お住いの近くなど希望を聞く。
 - 呉医療センター・中国がんセンター ℡0823-24-6358
 - 中国労災病院 ℡0823-72-7171
 - 呉共済病院 ℡0823-22-2111特に希望がない場合は、輪番病院を案内する。
※各医療機関の詳細情報は別紙参照


 - 5) 在宅緩和ケア相談窓口の設置についての管下医療機関への通知、了承について
 - (1) がん診療連携拠点病院（呉医療センター・中国がんセンター、中国労災病院、呉共済病院）院長へ協力依頼発送
 - (2) 呉地域保健対策協議会 呉地域保健医療計画推進小委員会 緩和ケア推進ワーキンググループ委員会、緩和ケア推進ワーキンググループ委員会 実務者会議にて了承
 - (3) 説明会開催
 - (4) 医師会会員へ発送文章での通知
 - (5) 医師会週報での通知
 - 6) 患者、相談者への広報について
 - ・ ポスター・チラシを作製し、医療機関へ配布。
 - ・ 市民公開講座にてチラシを配布。
 - ・ 当会ホームページへ窓口設置のお知らせを掲載。
 - ・ 広報誌「タンポポ」へ掲載。
 - ・ 呉市政だよりへの掲載
 - 7) 在宅緩和ケア相談窓口の設置期間について
緩和ケア推進モデル事業期間終了後の在宅緩和ケア相談窓口の継続については、モデル事業期間終了までに、運営の状況により検討する。
 - ・ 緩和ケア推進モデル事業期間
平成27年4月1日～平成29年3月31日

附則 このマニュアルは、平成27年11月1日より施行する。

がん診療連携拠点病院相談支援体制※輪番病院を案内する際に参考にしてください。

医療機関名	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター
名称	がん相談支援センター
電話番号	0823-24-6358
対応時間	8:30～16:00
相談方法	(○) 対面相談・(○) 電話相談 (×) FAX 相談・(×) 電子メール相談・その他()
相談員の職種	看護師・ソーシャルワーカー
相談支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供 ・診療機能、入院・外来の待ち時間及び診療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び診療従事者に関する情報の収集、提供 ・セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介 ・がん患者の療養上の相談 ・就労に関する相談 ・地域の医療機関及び診療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供 ・アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談 ・HTLV-1 関連疾患である ATL に関する医療相談 ・医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者 ・その他相談支援に関すること

医療機関名	独立行政法人労働者健康福祉機構 中国労災病院
名称	がん相談支援センター
電話番号	0823-72-7171
対応時間	平日 8:30～16:00
相談方法	(○) 対面相談・(○) 電話相談 (×) FAX 相談・(×) 電子メール相談・その他()
相談員の職種	看護師・医療ソーシャルワーカー
相談支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの治療に関する情報提供 ・地域の連携医療機関の紹介 ・療養上の不安に関する相談 ・セカンドオピニオンについて ・医療費に関する相談 ・その他どこに相談していいのか分からないこと

医療機関名	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
名称	がん相談支援センター
電話番号	0823-22-2111 (代)
対応時間	10:00～16:00
相談方法	(○) 対面相談・(○) 電話相談 (×) FAX 相談・(×) 電子メール相談・その他()
相談員の職種	看護師 1 名・医療ソーシャルワーカー 2 名
相談支援内容	基本的には何でもまずは相談にのります。

呉市医師会 在宅緩和ケア相談窓口受付票

受 付 日 時	年 月 日 () 時 分		
対 応 者 氏 名			
相 談 者 情 報	1.本人 2.家族 3.六親等内親族 4.その他 ()		
氏名	・ 匿名	男 ・ 女	連絡先
相 談 内 容			
対 応	() がん治療を受けた病院に相談してもらった。 () 輪番病院を案内した。		
転 帰	※記載不要 (業務担当者が確認します)		

➤ 医療相談窓口の受付体制

◇ 受付時間

- ・ 月曜日～金曜日 (祝日は除く) 8:30～17:00
- ・ 上記以外の時間に電話がかかってきた場合は「担当者から後日ご連絡させていただきます。」と対応。

◇ 対応方法

- ・ 専用電話 (25-4035) にかかってきた相談にその場で回答し、その旨を受付票に記載し担当者へ提出。

➤ 相談内容への具体的返答方法

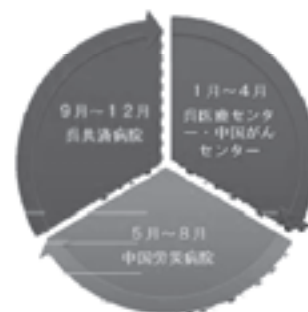
在宅で療養されている、または今後、在宅での療養を希望されている方からの相談

- (1) がん治療を受けた病院に相談してもらう
- (2) がん治療を受けた病院へ何らかの理由で相談できない場合
下記の3病院が在宅緩和ケア相談支援を行っている旨を伝え、お住いの近くなど希望を聞く。

- 呉医療センター・中国がんセンター ☎0823-24-6358
- 中国労災病院 ☎0823-72-7171
- 呉共済病院 ☎0823-22-2111

特に希望がない場合は、輪番病院を案内する。

※各医療機関の詳細情報を参照



広島県地域在宅緩和ケア
推進モデル事業

呉市医師会 市民公開講演会

どなたでもご自由にご参加いただけます。
多数のご参加お待ちしております。



自分らしい 生き死にを 考える

— 終末期医療について —

日時 平成28年

3月27日(日)

午後1時30分～午後3時

場所 呉市医師会館 5階 講堂

※一般駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用の上ご来館ください。

呉市
医師会館

呉市朝日町15-24



講演

ケア志向の在宅医療の実践の 結果としての「看取り」について

— 在宅での「看取り」は、住み慣れた地域で
最期までより良く生きた結果である —

講師

医療法人ナカノ会 理事長・ナカノ在宅医療クリニック 院長・鹿児島大学医学部 臨床教授
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 ICT局長

中野 一司 先生

ミニレクチャー

「Advance Care Planning (ACP) について」
アドバンス・ケア・プランニング

「在宅緩和ケア相談窓口について」

★この講演会は、地域在宅緩和ケアの推進を図る目的で開催しています★

共催/呉市医師会・呉市

後援/呉市歯科医師会・呉市薬剤師会・呉地域保健対策協議会・呉市社会福祉協議会・呉市介護支援専門員連絡協議会
呉市老人クラブ連合会・呉市女性連合会・広島県老人福祉施設連盟呉海田ブロック (順不同)

問い合わせ先：呉市医師会 ☎0823-22-2326



在宅医療(緩和ケア) 地域資源マップ 無料配布のご案内

呉市の在宅医療(緩和ケア)に対応可能な
医療機関・歯科医院・保険薬局等が掲載
された地域資源マップを作成しました。

掲載内容

- 在宅緩和ケアについて
- 在宅医療(緩和ケア)地域資源マップ
- アドバンス・ケア・プランニング

＝私の心づもり＝



こちらの冊子は無料です。
必要な方は呉市医師会事務局
(0823-22-2326)まで
お問い合わせください。

こちらの地域資源マップを下記の
市民公開講演会で無料配布いたします。

さらに

ミニレクチャーでアドバンス・ケア・プランニング
『私の心づもり』の使い方をレクチャーします。

入場
無料
申込不要

呉市医師会市民公開講演会

日時

平成29年1月29日(日)
午後1時30分▶午後3時30分

場所

くれ絆ホール

(呉市役所 呉市中央4-1-6)

講演 60分

演題 最期まで自分らしく生きる
～在宅での看とりの選択肢～

講師 医療法人ゆうの森たんぼぼクリニック

永井 康徳先生



ミニレクチャー 30分

アドバンス・ケア・プランニング
「Advance Care Planning (ACP) について」

問合せ先:
呉市医師会 0823-22-2326



呉市医師会市民公開講演会
広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業

どなたでもご自由にご参加いただけます。
多数のご参加お待ちしております。

入場
無料

参加申込不要

自分らしい 生き死にを考える

—終末期医療について—

在宅医療・終末期医療について皆様と一緒に考えます。



日時

平成29年 **1月29日** 日
午後1時30分 ▶ 午後3時30分

場所

くれ絆ホール

(呉市役所 呉市中央4-1-6)

講演 60分

演題 **最期まで自分らしく生きる**
～在宅での看とりの選択肢～

講師 医療法人ゆうの森たんぼほクリニック

永井 康徳 先生



ミニレクチャー 30分

アドバンス・ケア・プランニング

[Advance Care Planning (ACP) について]



●この講演会は、地域在宅緩和ケアの推進を図る目的で開催しています

共催 **呉市医師会・呉市**

後援 呉市歯科医師会・呉市薬剤師会・呉地域保健対策協議会・呉市社会福祉協議会
呉市介護支援専門員連絡協議会・呉市老人クラブ連合会・呉市女性連合会
広島県老人福祉施設連盟呉海田ブロック (順不同)

問い合わせ先 **呉市医師会 0823-22-2326**



広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業

在宅医療(緩和ケア) 地域資源マップ

呉市



モデル事業実践報告 [三原市医師会]

1 はじめに

三原市では、平成 25 年度より三原市、三原市医師会を中心に医療と介護（障害・児童を含）の各事業所、機関の代表者で構成する「三原市地域包括ケア連携推進協議会（以下：協議会）」を立ち上げ、市民のライフステージに即した支援の展開について、「10・20・30 年暮らし続けることのできる三原」を合言葉に協議検討を重ね、地域包括ケアシステム構築に向けた各種仕組づくりを行っている。緩和ケアコーディネーターの配置・育成についても、協議会設立当初より仕組づくりのひとつとして実践してきたところである。

こうした取り組みの中、平成 27・28 年度の 2 年間、「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業（以下：モデル事業）」の委託を受けることとなりその実践を展開してきた。モデル事業では、市域にがん診療連携拠点病院が設置されていない地域として、緩和ケアコーディネーターの配置（複数配置）及び役割取得に向けた取り組みにおける課題を明らかにするとともに、地域包括ケアシステム構築に向けた実践との一体的な取組としての可能性等を明らかにすることが求められている。

2 地区の概要

尾三二次保健医療圏域は、尾道市、三原市、世羅町の 2 市 1 町で構成されている。当モデル事業では、三原市での取り組みとなるため三原市の概要を整理する。

三原市は、2005 年（平成 17 年）に三原市、本郷町、久井町、大和町が合併し現在に至る。人口は、96,194 人、高齢化率 32.6%（共に 2015 年国勢調査）。広島県の中央東部に位置し、面積は 471 k m²で竹原市、東広島市、世羅町、尾道市に接しており、新幹線の停車駅である JR 三原駅から JR 広島駅まで早くも 25 分、JR 福山駅までは、約 15 分で連絡されている。

三原市のがん診療を取り巻く環境は、隣接する尾道市へ国指定のがん診療連携拠点病院が 1 施設、県指定のがん診療連携拠点病院を 1 施設認め、三原市内にはがん診療連携拠点病院は設置されていない。三原市における医療機関は、中小規模の病院（一般科、精神科含）13 施設をみとめ、そのほとんどが一般病床、地域包括ケア病床や療養型病床などを併設する病院となっている。

在宅緩和ケアなど在宅医療・介護を取り巻く環境は、在宅療養支援診療所 10 施設、在宅療養支援病院 2 施設を認め、24 時間対応可能な訪問看護ステーション 9 事業所を認める。

三原市の緩和ケアを必要とするがん患者の多くは、市内の一般病院でのがん治療と共に、隣接する尾道市のがん診療連携拠点病院や家族が暮らす都市部のがん診療連携拠点病院などでの治療を行い、積極的ながん治療後に三原の自宅での生活再開を余儀なくされる患者を多く認める。そのため、こうした患者の在宅支援体制の整備、市外のがん診療連携拠点病院などとの連携が急務の課題となっていた。

3 モデル事業実施目的・目標

市域にがん診療連携拠点病院が設置されていない地域として、緩和ケアコーディネーターの配置（複数配置）及び役割取得に向けた取り組みにおける課題を明らかにするとともに、緩和ケアコーディネーターの資質向上に向けた研修事業等を展開することで、コーディネーターが活躍する環境整備、地域住民・がん診療連携拠点病院などとの連携強化を図ることを目的とした。また、地域包括ケアシステム構築に向けた実践との一体的な取組を展開することにより、協議会の目的であ

る「10・20・30年暮らし続けることのできる三原」の街づくりに寄与することを目的とした。

4 取組内容

当モデル事業の2年間の取組みについては、別表のとおりである。

モデル事業実施前より配置を行っている「緩和ケアコーディネーター」の資質向上に向けた取組みとして養成研修の実施と共に、緩和ケアコーディネーターの普及啓発を目的とした多職種研修会及び市民公開講座の実施及び、パンフレット作成などを行っている。

また、地域ネットワーク会議では、がん診療連携拠点病院からも委員選出を行い尾三二次保健医療圏域での取組みとし展開した。

地域包括ケアシステムとの一体的な取組のひとつとして、三原市で暮らす誰もが安心して暮らすことができるよう「小児」から「高齢者」まで地域の社会保障・社会福祉制度と共に、医療・介護事業所等を網羅的に整理した地域資源マップ「三原つなぎ・つながる支援ガイド 第2版」の作成・発行を行った。

5 各事業の実施状況

(1) 緩和ケアコーディネーター配置と活動

協議会において、三原市における在宅緩和ケア支援の問題点として、「がん診療連携拠点病院（以下：拠点病院）」の指定医療機関が存在しないことにより、多くの市民が市外の拠点病院での加療を行い、治療経過の中で在宅緩和ケアへ移行しようとした際に、退院後の在宅緩和ケア支援体制が十分に整わず退院する事例や在宅での緊急時の入院加療が遠方であることから困難である等の問題点が確認されている。こうした問題点を解決するために、協議会では市外に設置されている拠点病院と在宅医療支援者及び緊急時の入院支援体制などのコーディネートを担当者として「緩和ケアコーディネーター（以下：コーディネーター）」を配置し、コーディネーターを中心とした支援体制を構築することで、市民の住み慣れた自宅での暮らしとそれを支える在宅緩和ケア支援者（医療・福祉従事者）が安心して在宅緩和ケアに取り組むことのできる体制を構築することを目的にコーディネーターを市内の各医療機関（一般科）に配置することとした。

このコーディネーターには、各地域の在宅緩和ケア支援を行う医療・福祉関係者との連携及び拠点病院等の連携・調整役として期待され、三原市における緩和ケア支援体制が充実することを期待している。

① 配置開始時期

前述の協議会 緩和ケアコーディネーター部会（三原市緩和ケア推進体制整備委員会の前身）により平成27年1月に配置された。

② 職名・人数

コーディネーターは、がん医療におけるさまざまな知識と相談支援技術を要することや連絡調整業務等その役割が多岐にわたることから、病院の地域医療連携部門に所属する看護師・社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）が担うことが望ましいとされ、以下の表-1のとおり計17名の配置を行った。（表-1）

表-1

在宅緩和ケアコーディネーター 一覧

	氏名	所属	部署	職種	連絡先
1	光貞 由美子	医療法人仁康会本郷中央病院	地域連携室	看護師	0848-86-6780
2	清水 正樹	医療法人仁康会本郷中央病院	地域連携室	社会福祉士	0848-86-6780
3	坂田 由美	医療法人杏仁会 松尾内科病院	看護部	看護師	0848-63-5088
4	森田 倫子	医療法人杏仁会 松尾内科病院	地域医療連携室	社会福祉士	0848-63-5088
5	馬場 晶子	社会医療法人里仁会 興生総合病院		MSW	0848-63-5500
6	田中 友理	社会医療法人里仁会 興生総合病院		看護師	0848-63-5500
7	岡野 住江	三菱三原病院	地域連携室	社会福祉士	0848-62-7331
8	浅野 賀恵子	三菱三原病院	外来・訪問看護兼務	看護師	0848-62-7331
9	大西 秀和	医療法人清幸会 土肥病院	地域医療連携室	MSW	0848-64-1212
10	木村 淳子	医療法人清幸会 土肥病院	看護部	看護師	0848-64-1212
11	大塚 由佳子	三原市医師会病院	地域医療連携室	社会福祉士	0848-62-3113
12	野竹 英香	三原市医師会病院	4階病棟	看護師	0848-62-3113
13	西村 竜司	社会医療法人里仁会 白龍湖病院	看護部	看護師	0847-34-1218
14	西 健一郎	社会医療法人里仁会 白龍湖病院	医事課	医療ソーシャルワーカー	0847-34-1218
15	田坂 ひさ子	須波宗斉会病院	訪問看護ステーションれんげ	看護師	0848-69-2300
16	大畠 玲子	三原赤十字病院	看護部	看護師	0848-64-8111
17	柳迫 三寛	三原赤十字病院	地域医療連携課	医療ソーシャルワーカー	0848-64-8111

③ 勤務体制

表-1 に示す 17 名は、各医療機関における常勤勤務者である。社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）では、地域医療連携部門に所属し、日常的に相談支援業務を担う者が多いが、看護師は、病棟勤務者が多いのが現状である。

④ 業務実績

三原市が配置したコーディネーターは、これまでがん相談経験が十分ではないものも多く見受けられ、これからその技術や理解を深めていく必要が確認された。これは、拠点病院が設置されていない地域の一般病院でコーディネーターを配置するうえでの大きな課題である。拠点病院では、がん相談支援者の配置やその研修体系及び実践事例などに触れる機会を多く認める。しかし、拠点病院の配置のない地域では、こうしたコーディネーターの役割取得及び資質向上に向けた取り組みを所属する医療機関だけでは十分確保できない現実がある。そのため、コーディネーターの役割取得及び資質向上に向けた研修機会の確保及びコーディネーター同士のつながりを構築する仕組みを整える必要がある。こうした視点から、三原市では平成 27 年度より、コーディネーターの養成を目的とした養成研修を実施するとともに、コーディネーターの業務内容を明らかにするための業務統計の整理を行った。また、各研修会やパンフレット作成等普及啓発活動を行った。

(1) 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修

目的：がん診療連携拠点病院との連携及び、在宅緩和ケアコーディネーターを中心とした在宅緩和ケア支援体制を構築することで、市民の住み慣れた自宅での暮らしを安心して再開し、在宅緩和ケア支援者も不安なく在宅緩和ケアを提供できる体制を構築することを目的とする。

対象者：在宅緩和ケアコーディネーター 17名

実施者：三原市緩和ケア推進体制整備委員会

(委員長：阪田英世 阪田医院副院長・三原市医師会理事)

開催実績（平成27年度）

日時	内容	場所	参加数	添付資料
8月19日 (水)	第1回養成研修 ① がん診療連携拠点病院での取り組みとCoへのメッセージ 講師：JA尾道総合病院 MSW 豊田直之氏 ② 設緩和ケアでの取り組みとCoへのメッセージ 講師：三原赤十字病院 看護副部長 大畠玲子氏 ③ 在宅緩和ケアにおける生活支援とCoへのメッセージ 講師：三原市東部地域包括支援センターどりいむ 前川和子氏	サン・シー プラザ	16	—
10月22日 (木)	第2回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：三原市における在宅緩和ケアへの挑戦 ～在宅緩和ケアコーディネーターと今後の取り組みについて～ 報告者：事務局 柳迫三寛氏	三原市市民福祉 5階大会議室	87	資料2 (システムについて抜粋)
11月24日 (火)	第3回養成研修（グループワーク・事例検討） テーマ：私の緩和ケアにおける成功体験と失敗体験	サン・シープ ラザ	14	—
2月25日 (木)	第4回養成研修会、第2回多職種研修会 テーマ：豊かな人生を目指して -アドバンス・ケア・プランニング- 講師：広島県地域保健対策協議会委員 三原赤十字病院 呼吸器科 医師 有田健一先生	三原市市民福祉 5階大会議室	139	—

開催実績（平成28年度）

日時	内容	場所	参加数
10月26日 (水)	第1回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：在宅緩和ケア実践事例 ～入院から在宅へ！どうしたら在宅で過ごせるか考えてみよう～ 事例提供者：三原市大和診療所 所長 藤家証一先生	三原市市民福祉会館 5階大会議室	129
2月1日 (水)	第2回養成研修（ワークショップ） テーマ：相談援助技術 講師：三原赤十字病院 MSW 柳迫三寛氏	三原赤十字病院 研修棟2階講堂	17
3月1日 (水)	第2回養成研修、第2回多職種研修 テーマ：地域緩和ケアの充実に向けて ～緩和ケアの現在と未来～ 講演1：緩和ケアの「これまで」と「これから」 講師：広島県緩和ケア支援センター センター長 本家好文先生 講演2：在宅緩和ケアモデル事業から見てきたこと 講師：広島県緩和ケア支援センター 事業調整員 服多美佐子氏	三原市市民福祉会館 5階大会議室	124

(2) 普及啓発

目的：市民、保健・医療・福祉従事者が、緩和ケアコーディネーターの役割、設置場所、相談方法などを知り、活用することで市民の自宅での暮らしが安心して過ごせるようになることを目的とする。

活動実績（平成 27 年度）

日時	内容	対象者	参加数
10月22日 (木)	第2回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：三原市における在宅緩和ケアへの挑戦 ～在宅緩和ケアコーディネーターと今後の取り組みについて～	保健・医療・ 福祉従事者	87
12月19日 (土)	第4回 三原市がんフォーラム テーマ：家族・仲間・地域で支えあう ・特別講演「がんと家族」 講師：元フジテレビアナウンサー 中野 美奈子 氏 ・基調講演「ともに生きよう、元気でいよう ～がん体験者からのメッセージ～」 講師：三原市乳がん患者団体「オリーブ」	市民	350

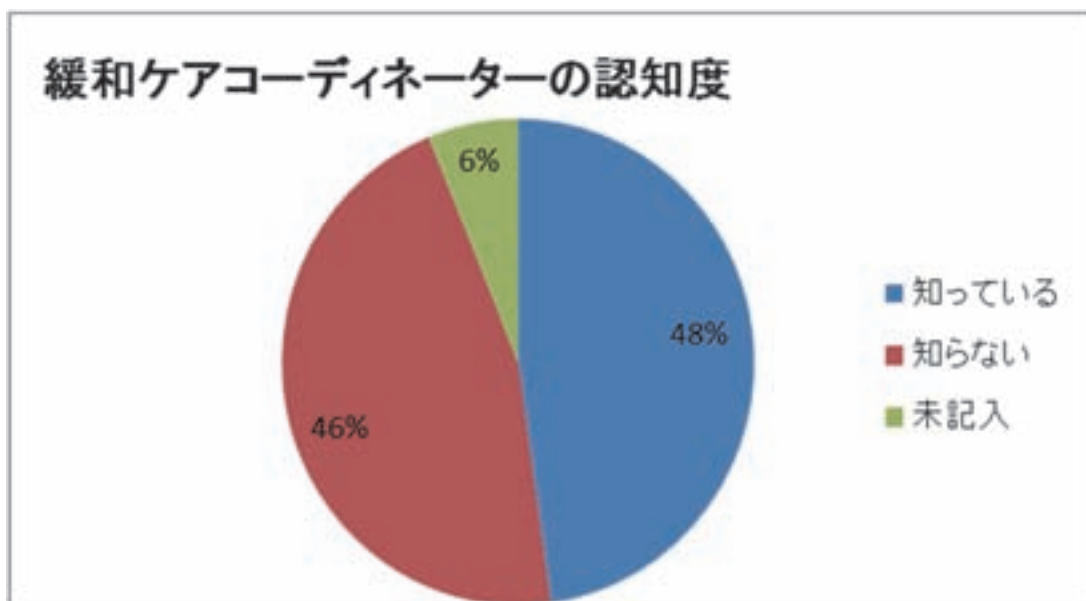
※第1回多職種研修会では、保健・医療・福祉従事者を対象に講演を実施。

※がんフォーラムにおいて、市民を対象に講演を実施。

※参考資料：緩和ケアコーディネーターの認知度と期待（平成 28 年 2 月現在）

第4回養成研修・第2回多職種研修へ参加した保健・医療・福祉従事者へアンケートを実施。
回答数：113件（参加者：139名）、回収率：81.3%

質問：緩和ケアコーディネーターを知っていますか？



質問：「はい」と回答した方に伺います。緩和ケアコーディネーターに期待することはどのようなことですか？

・ チームワーク
・ 患者・家族・医療・介護・施設関係者との関係性を密にしてほしい
・ 困った時、悩んだときに気軽に相談できる。医療施設のみでなく、色々なところで相談できる機会があるとよいと思う。
・ 最期の病気は選べませんが、痛みは避けたいと思います。それを話し合っていきたい。
・ 患者に寄り添ったコーディネート、アドバイスをお願いしたい
・ 院内でもスムーズの活動できること
・ 患者や家族が選択に迫られたとき、医療と患者をつなぐ役割、十分な情報が得られるよう援助してもらいたい。
・ 患者さん・家族の調整役となってほしい。(患者さんと家族の意向が違う場合) 病院からスムーズに在宅療養ができる環境づくりをしてほしい。
・ まずはコーディネーターとしての自覚
・ 選択に迷った時などアドバイスしてもらえたり、情報提供してもらえること
・ 患者様の想いを最大まで聴取・観察し患者様やご家族が最後を迎えられた時の不安を少しでも減らすことができれば良いと思う。
・ 医療者、介護者へ知識を広め共有する取り組みをしてほしい。相談できる仕組みをつくって欲しい。
・ 緩和ケアの必要な方には、相談を待つのではなく声をかける機会を作って欲しい。せめてこの時ACPを始めてもらいたい。ACPを広めるための活動をしてほしい。
・ もし声をかけられた時にじゃばってはいけないという気持ちが働くと思います。あなたには、この部分が求められています等中に入っていくやすい配慮をお願いできればと思います。
・ 医師とのパイプ役=医師への想いを伝え治療への疑問を問うことも難しいと考えるため
・ 在宅での生活を希望する方のサポートをしていただきたい
・ 医療・介護なスムーズな連携
・ 在宅で看取りをできることを地域差のない看取りのできるようにしてもらいたい
・ 仕事として取り組まないで、ひとりの人として取り組んでほしい
・ 病院、診療所、在宅での連携での情報を共有したいと思います。地域から連携していくために各施設が同じ目標で患者さん家族への支援ができるシステムとしてできればよいと思います。
・ 名前と大まかなことは知っているが実際に何をするか、何ができる人かのイメージを持っていない。今のケアマネジャーのように広く知れ渡らないといけないと思う。
・ 絵に描いた餅にならないことです。助けてほしいときに、迷っているときにいろんな意味で助けて欲しい。養成講座を行っているとのことですが、「私も受けたい」と思ったら受けられるものでしょうか。
・ 相談窓口を広げてほしい
・ 在宅生活を送るための希望の確認と予測について申し送り
・ 市民へコーディネーターの存在を知ってもらう積極的な活動。
・ 不安への対処。アドバイス、本音を聞いてもらえる。
・ 迷いや変化と一緒に歩んでいただければと思います。

活動実績（平成 28 年度）

日時	内容	対象者	参加数	添付資料
12月17日 (土)	<p>市民公開講座 第5回 三原市がんフォーラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スペシャルトーク「自己実現のための健康づくり」 広島東洋カープアドバイザー 広島ホームテレビ野球解説 前田 智徳 氏 ・基調講演「がんと共に～自分らしく生きる～」 講師：がん体験者の会 佐々木 佐久子 氏 ・シンポジウム「自分らしく生きるを支える～三原での取り組み」 コーディネーター：三原赤十字病院 MSW 柳迫 三寛 氏 シンポジスト：阪田医院 副院長 阪田 英世 先生，三原赤十字 病院 看護副部長 大島 玲子 氏，三原市医師会病院 緩和ケ アコーディネーター 大塚 由佳子 氏，三原市保健福祉課 保健師 国次 美和 氏 	市民	440	資料 3
2月25日 (土)	<p>市民公開講座 第2回 市民公開講座「私たちの暮らしと医療と介護を考える」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基調講演：「みんなが主役になれる地域をつくるために！～住民・ 家族・専門職がつながろう～」 講師：東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科 准教授 八木裕子氏 ・リレートーク コーディネーター：三原赤十字病院 MSW 柳迫 三寛 氏 パネリスト：病院医師（三原市医師会病院 副院長 奥崎 健 先生），医療ソーシャルワーカー（三原赤十字病院 主任 羽 田 千恵美 氏），地域包括支援センター（高齢者相談センタ ー大空 管理者 末国 美鈴 氏），訪問看護師（訪問看護ス テーション里仁会 管理者 大崎 洋子 氏） 	市民	150	—

※緩和ケアコーディネーターパンフレットの作成：

保健・医療・福祉機関，がん診療連携拠点病院，市民（資料 4）

平成 27 年度では、保健・医療・福祉に従事する支援者を中心に緩和ケアコーディネーターの普及啓発活動を重点的に行った。平成 28 年度では、市民および県内がん診療連携拠点病院を対象に普及啓発活動を展開した。「第 5 回がんフォーラム」等の市民公開講座では、シンポジウムに緩和ケアコーディネーターが登壇し、実際の緩和ケアコーディネーターの活動について紹介を行うとともに、より多くの市民や支援者に緩和ケアコーディネーターを知ってもらうために、パンフレットを作成し普及啓発活動を展開した。

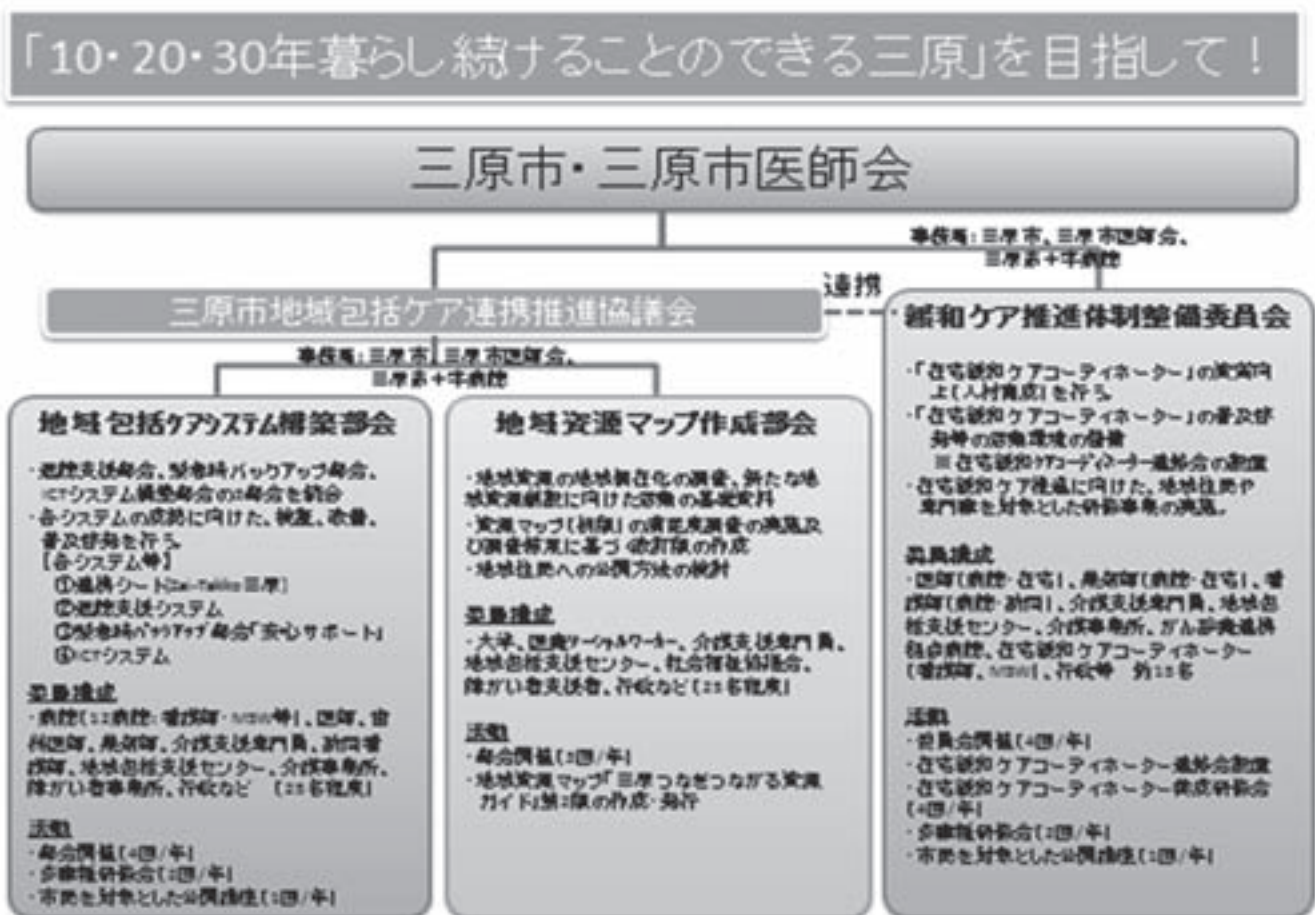
こうした普及啓発活動と共に、緩和ケアコーディネーターの活動実態・認知度などを明らかにするため、平成 28 年 7 月に相談統計表を作成し、緩和ケアコーディネーターの活動実態を明らかにする取組みを始めた。相談件数は、平成 28 年 7 月～平成 29 年 3 月まで 382 件あり、家族からの相談が 109 件と多かった。相談内容は、在宅緩和ケアに関する相談が一番多く、次いで介護、入院，社会保障・福祉制度利用等の順に相談があった。緩和ケアコーディネーターと知って相談に来る相談者は、25%にとどまり、その周知が十分でないことが明らかとなっている。

(2) 地域ネットワーク会議の実施

三原市では、地域包括ケアシステム構築を目的とした三原市地域包括ケア連携推進協議会の組織（図-1）と一体となった運営を行っており、モデル事業の受託に合わせ、「三原市緩和ケア推進体制整備委員会（以下：委員会）」を組織しその事業の実施を行っている。

また、委員会ではコーディネーターの相互の連携と一体感を成熟することを目的に、コーディネーターで組織された「緩和ケアコーディネーター連絡会（以下：連絡会）」を組織し運営を行っている。

（図-1）



① 会議構成員

(1) 三原市緩和ケア推進体制整備委員会

「在宅緩和ケアコーディネーター」の資質向上に向けた研修事業等を展開するとともに、コーディネーターが活躍する環境整備、地域住民・がん診療連携拠点病院などとの連携強化等を目的に設置。

・委員構成

病院医師、在宅医師、病院薬剤師、調剤薬局薬剤師、病院看護師、訪問看護師、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護事業所、がん診療拠点病院、在宅緩和ケアコーディネーター、行政 等 **（資料1）**

(2) 三原市緩和ケアコーディネーター連絡会

緩和ケアコーディネーター相互の連携と情報交換を行い、コーディネーターの資質向上を図ることを目的に設置。

・委員構成 緩和ケアコーディネーター 17名

② 会議開催頻度

(1) 三原市緩和ケア推進体制整備委員会（平成 27 年度）

日時	議題	場所	参加数
6月19日 (金)	第1回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会 議題1：平成27年度地域在宅緩和ケア推進モデル事業について 議題2：平成27年度事業計画について 議題3：緩和ケアコーディネーター養成研修会の開催について 議題4：意見交換	三原赤十字病院	16
9月30日 (水)	第2回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会 議題1：在宅緩和ケアコーディネーター連絡会・養成研修会報告 ①在宅緩和ケアコーディネーター連絡会開催報告 ②在宅緩和ケア養成研修会の開催報告 議題2：年間スケジュールについて 議題3：多職種研修会の開催について 議題4：在宅緩和ケアコーディネーターの普及啓発について	三原赤十字病院	24
11月24日 (火)	第3回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会 議題1：緩和ケア多職種研修会の開催について（報告） 議題2：広島県緩和ケアコーディネーター連絡会の開催（報告） 議題3：連携シート「Zai-Takko 三原」第2版作成について 議題4：その他 ①残滞報告会の開催について ②ICTシステム利用での会議連絡等について ③がんフォーラムの開催について	サン・シープ ラザ	23
2月16日 (火)	第4回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会 議題1：報告 ①第3回在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会 ②第4回市民公開講座がんフォーラム～家族・仲間・地域で支えあう～ ③平成27年度第3回在宅緩和ケアコーディネーター連絡会 議題2：多職種研修会の開催について 議題3：平成28年度の事業の取り組みについて ①在宅緩和ケアコーディネーターの普及啓発について ②多職種研修会の開催について ③養成研修会の開催について 議題4：意見交換	三原赤十字病院	13

三原市緩和ケア推進体制整備委員会（平成 28 年度）

日時	議題	場所	参加数
6月15日 (水)	第1回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会・ 三原市緩和ケアコーディネーター連絡会 合同会議 議題1：平成28年度事業計画について 議題2：資源マップの作成について 議題3：コーディネーターパンフレットの作成について 議題4：コーディネーター相談統計について 議題5：コーディネーター養成研修・多職種研修会の開催について	三原赤十字病院	28
8月31日 (水)	第2回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会・ 三原市緩和ケアコーディネーター連絡会 合同会議 議題1：緩和ケアコーディネーター相談統計について 議題2：緩和ケアコーディネーターパンフレットの作成について 議題3：研修活動について ①多職種研修会の開催について ②コーディネーター養成研修会について ③がんフォーラムの開催について 議題4：その他	三原赤十字病院	29

3月13日 (月)	第3回 三原市緩和ケア推進体制整備委員会 報告1：第1回緩和ケア多職種研修会 報告2：第2回緩和ケア多職種研修会 報告3：第5回がんフォーラム 報告4：第2回 三原市緩和ケアコーディネーター養成研修会 報告5：パンフレットの作成・配布について 報告6：ガイドブックの作成状況 議題：緩和ケアコーディネーターの普及啓発と今後の展開について 1：市民に向けた緩和ケア Co の普及のあり方について 2：支援者（市内）に対する緩和ケア Co の普及のあり方について 3：がん診療連携拠点病院に対する緩和ケア Co の普及のあり方について 4：緩和ケア Co の資質向上に向けた取り組みへの継続のあり方について 5：地域包括ケアシステム構築の中での緩和ケア Co への今後の期待と取り組みのあり方について	三原赤十字病院	15
--------------	--	---------	----

③ 事例検討会の開催報告

(1) 平成 27 年度

日時	議題	場所	参加数
11月24日 (火)	第3回養成研修（グループワーク・事例検討） テーマ：私の緩和ケアにおける成功体験と失敗体験	サン・シープラザ	14

緩和ケア推進体制整備委員会委員及び緩和ケアコーディネーターを対象に実施した。

(2) 平成 28 年度

日時	議題	場所	参加数
10月26日 (水)	第1回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：在宅緩和ケア実践事例 ～入院から在宅へ！どうしたら在宅で過ごせるか考えてみよう～	三原市市民福祉会館 5階大会議室	129

多職種研修会・養成研修会の一環として、多くの保健・医療・福祉従事者を対象に実施した。

④ 緩和ケア提供体制の充実について

(1) 多職種研修会の開催

三原市内の保健・医療・福祉従事者及び行政関係が緩和ケアについての知識と技術を学び、地域における緩和ケア支援の質向上を図ることを目的に年に2回開催する。

(平成 27 年度)

日時	内容	対象者	参加数	添付資料
10月22日 (木)	第2回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：三原市における在宅緩和ケアへの挑戦 ～在宅緩和ケアコーディネーターと今後の取り組みについて～	保健・医療・従事者	87	資料2 (システムについて抜粋)
2月25日 (木)	第3回養成研修、第2回多職種研修 テーマ：豊かな人生を目指して ～アドバンス・ケア・プランニングとともに～	保健・医療・従事者	139	—

(平成 28 年度)

日時	内容	対象者	参加数
10月26日 (水)	第1回養成研修、第1回多職種研修 テーマ：在宅緩和ケア実践事例 ～入院から在宅へ！どうしたら在宅で過ごせるか考えてみよう～	三原市市民福祉会館 5階大会議室	129
3月1日 (水)	第2回養成研修、第2回多職種研修 テーマ：地域緩和ケアの充実に向けて ～緩和ケアの現在と未来～	三原市市民福祉会館 5階大会議室	124

(3) 在宅緩和ケア地域資源マップの作成 【地域包括ケアシステム構築との一体的取り組み】

協議会では、平成 26 年度に市民が安心して充実した暮らしが実現できるよう「確実に社会資源を届けよう」を合言葉に資源マップ「三原つなぎ・つながる支援ガイド 第 1 版」を作成・発行した。資源マップの作成に当たっては、医療機関や高齢者を対象とした介護事業所等の情報のみでなく、市民のライフステージに即した形で、子育て世代から障害や高齢により介護を要する方を支援する事業所情報を網羅的に掲載した。また、各事業所情報のみでなく社会保障・社会福祉制度を知らないことで利用に結びつかないケースがあるなどの課題が確認されていたため、地域で活用できる社会保障制度及び社会福祉制度の紹介も行っていることに特徴がある。

平成 27 年度には、ガイドブック第 1 版の評価を実施した。協議会の専門部会を中心に、第 1 版の配布先にアンケート調査を行った。446 件中 194 件の回答があり、利用している人は 58%で、利用者へサービス等情報提供する際に活用していた。

アンケート調査により得られた結果を元に、平成 28 年度に第 2 版を制作発刊した（資料 5）。第 2 版では、第 1 版では掲載されていない、歯科医院・調剤薬局情報を掲載することとし、社会保障・福祉制度について変更箇所などの加筆修正を行うなど内容の充実を行った。

(4) 地域連携パス・手帳の有用性についての検討 【地域包括ケアシステム構築との一体的取り組み】

三原市では、協議会により地域包括ケアシステム構築の一環として医療と介護の連携の充実を目的に市内共通の退院支援モデルを構築している。退院支援モデルを共通化することで、病院と在宅支援者が効果的な連携を図ることができ、患者（利用者）及び家族の自宅（地域）での暮らしを安心して再開できることを目的としている。また、この取り組みとともに、医療と生活に関する市内共通の患者情報ツール「三原市地域包括ケア連携シート Zai-Takko 三原」（以下：連携シート）を作成している。

市内共通の連携シートの構築では、病院では患者（利用者）を生活者としてとらえる視点を意識し退院支援に取り組むとともに、在宅支援者は、患者（利用者）の在宅生活支援の準備を事前に行えるようになることをねらいに医療と介護の連携における「パスポート」としてのその役割を担っている。また、退院支援モデルを提示することで、病院と在宅支援者の効果的な連携の機会が確保され、患者（利用者）支援の充実と共に三原市における在宅医療提供体制の強化につながる事が期待されている。

平成 27 年度では、連携シート「Zai-Takko 三原」の評価を行った。評価では、「ADL 評価結果が把握しにくい」「支援者の氏名などの記載欄がない」等の問題点が確認された。その結果を受け、平成 27・28 年度に第 2 版の作成に取り組み、平成 28 年 4 月に第 2 版を作成し、ICT システム TRITRUS においても作成が可能となるなどその体制強化に努めている。

(5) その他 【地域包括ケアシステム構築との一体的取り組み】

①緊急時バックアップシステム「安心サポート」構築 【地域包括ケアシステム構築との一体的取り組み】

昨今の三原市を取り巻く医療環境では、住民の核家族化などを背景にがん診療連携拠点病院の創設や医療の機能分化等の提供体制の変化と相まって、市外の急性期病院にて加療を行い退院時に住み慣れた三原での在宅医療を開始するケースを認めるようになった。こうした状況において、急変時に市外の急性期病院へ相談や受診・搬送が必要となり患者・家族への大きな不安と共に負担が増加しているとともに、かかりつけ医・訪問看護による病院との連携に苦慮するケースを認めるようになっている。また、三原市内においても高齢者世帯の増加により高齢者が介護をする

といった事例が多く、介護者の体調不良や体調不安により在宅生活の再開や継続が困難となるケースを認めている。

こうした中で、協議会では、平成 26 年度に在宅療養患者の緊急時入院支援体制を整えることで在宅支援者が安心して在宅医療を提供でき、市民（患者・家族）が安心して住み慣れた自宅での暮らしを続けることができる事を目的に、市内病院と在宅支援者が連携のもとに、患者の緊急時に適時対応できる仕組み「緊急時バックアップ体制 安心サポート」の構築運用を開始した。

このような仕組みを構築することで、住み慣れた地域で暮らすことができる市民の安心生活の実現や、往診・訪問診療などによる在宅医療を提供する在宅医等の負担軽減につながり、在宅医療提供者の確保につながることが期待されるとともに、三原市の在宅医療提供体制の強化に寄与することが期待されている。（資料 6）

②三原市地域包括ケア連携推進協議会 事業報告会及び意見交換会の実施

三原市では、平成 25・26 年度 広島県在宅医療連携推進拠点整備事業にて、「10・20・30 年暮らし続けることのできる三原」を合言葉に三原市の地域包括ケアシステム構築を行ってきたところである。平成 27 年度からは、これまでの活動をより強固なものとし、確実な事業の展開が必要とされている。そこで、協議会委員をはじめ各部会・委員会などの委員が一堂に介し、関係部会等の取り組み事業の摺合せ・意見交換等を行うことで各事業の円滑かつ一体的な取組ができるようになることを目的として実施した。

（平成 27 年度）

日時	内容	場所	参加数
1 月 21 日 (木)	事業報告 ①三原市地域包括ケアシステム構築について（経過報告） ②三原市地域包括ケアシステム構築部会 経過報告 ③三原市資源マップ構築部会 経過報告 ④三原市緩和ケア推進体制整備委員会 経過報告 意見交換会	三原国際ホテル 6 階	66

（平成 28 年度）

日時	内容	場所	参加数
3 月 16 日 (木)	事業報告 ①全体報告 ②三原市地域包括ケアシステム構築部会 報告 ③三原市資源マップ構築部会 報告 ④三原市緩和ケア推進体制整備委員会 報告 意見交換会	三原国際ホテル 6 階	63

6 実施の評価

三原市では、9 施設 17 名（看護師：9 名、社会福祉士：8 名）の緩和ケアコーディネーターを配置することができた。がん診療連携拠点病院ではなく、地域の一般病院に配置することができたことは、評価ができるものとする。これは、地域の一般病院では、「がん」患者の支援を行う機会は、拠点病院と比べると必ずしも多くなく、その支援を要する患者群の多くは高齢者であり高齢者を中心とした介護の問題や肺炎、骨折、認知症などに代表されるような高齢者医療を中心としたニーズが高く、がん患者や緩和ケア支援の機会が少ない中で配置できたことである。こうした環境の

中で、緩和ケアコーディネーターには、各地域の在宅緩和ケア支援を行う医療・福祉関係者との連携及び拠点病院などとの連携・調整役として期待されており、平成 28 年 7 月より実施した相談統計などからも緩和ケアコーディネーターへの相談件数も増加しており、相談元についても多岐にわたってきていることは合わせて評価できるものとする。

こうした結果を得ることができたことは、地域包括ケアシステム構築に向けた地域の課題の中での目標設定と三原地域の保健・医療・福祉機関が一体となって取り組む環境が構築されてきたことがあげられると考える。また、緩和ケア支援に関わる機会が少ない中で、三原独自に緩和ケアコーディネーター養成のための研修機会などを持つなど、資質向上に向けた研修と共に、緩和ケアコーディネーター自らが主体的に取り組むことができる環境が構築できたことは今後のコーディネーターの活躍に大きな期待ができると考える。

しかし、上述したような評価とともに、課題も確認されている。緩和ケアコーディネーター相談統計では、緩和ケアコーディネーターと知って相談に来た人は、約 25%にとどまり、徐々にその割合は増加傾向にあるものの低い水準であった。今後、より緩和ケアコーディネーターがその活動の機会を経て経験を積むことで得られる達成感や資質向上に向けた主体的な活動などに発展させていくためには、緩和ケアコーディネーターの普及啓発が重要となることが考えられる。こうした普及啓発活動については、市民はもとより、私たち保健・医療・福祉関係者への周知も引き続きの課題であると考えている。

地域資源マップへの取り組みについては、三原市ではモデル事業の実施前より、資源マップを制作した経験を有していた。このたび、地域資源マップ「三原つなぎ・つながる資源ガイド」の作成に当たっては、初版本の評価を行い、より利用する市民や支援者のニーズに即したガイドブックを作成するとともに、新たな社会保障・社会福祉制度の掲載や歯科診療所、調剤薬局の情報等を掲載するなどその充実に取り組むことができた。平成 29 年度には、この他に発行した第 2 版の評価を行いさらなる第 3 版の発行に向けた取り組みがスタートされることとしている。

7 今後の取組

三原市では、平成 27 年・28 年度に実施した「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」を三原市が実施する「三原市在宅医療・介護連携推進事業」として事業を継続し、持続可能な取組として「在宅緩和ケアコーディネーター」の活動をより発展と充実を図ることとしている。具体的には、三原市では、以前より緩和ケアコーディネーターを始まりとして、「緩和ケア」だけでなく地域で暮らす市民や医療・介護従事者の総合的な相談窓口となる「在宅ケアコーディネーター」としての活動を計画しており、今後医療機関に従事する看護師、社会福祉士だけでなく、地域包括支援センターなど地域の相談機関へもこの取り組みを広げる予定である。こうした取り組みを行うことで、地域包括ケアシステム構築との一体的な取組としてその活動の範囲を広げる予定である。

そのために、平成 29 年度では、「三原市地域包括ケア連携推進協議会」へ緩和ケアコーディネーターの養成・普及啓発を行う部会などを改めて整備することとしている。

三原市地域包括ケア連携推進協議会では、これまで実践してきた地域在宅緩和ケアネットワークの継続と保健・医療・福祉関係者を対象とした多職種研修会や事例検討会を引き続き実施することとするとともに、緩和ケアコーディネーターの資質向上に向けた継続的な養成研修や、市民を対象とした市民公開講座「がんフォーラム」等の継続を予定している。また、こうした取り組みと共に、より市民へ緩和ケアコーディネーターの役割や活動、相談場所としての機能を知ってもらうために、簡易版のリーフレットの作成及び三原市や関係する団体が発行する広報誌などへの掲載による普及啓発を目的とした活動を実施することとしている。

8 まとめ

緩和ケアコーディネーターの配置・育成については、2つのパターンを用意する必要があると考える。

ひとつは、がん診療拠点病院が設置されている地域での取り組みであり、もうひとつが三原市の様ながん診療連携拠点病院を有しない地域のモデルである。がん診療連携拠点病院がおおよそ二次保健医療圏域ごとを単位に設置される中で、多くのがん患者が拠点病院へ集中する仕組みができつつあり、医師や医療技術、医療機器などの効率的な配置に向けては大きな効果を得ていると考えられるが、がん診療連携拠点病院を有しない地域については、がん患者支援を行う機会が減少するとともに、こうしたがん患者支援のための資質向上に向けた研修機会や学びを得るための主体的な動機付けや意識が小さくなることが考えられる。こうした中で、緩和ケアコーディネーターの質を確保していくことは、大きな課題であり県内のどの地域に暮らしていても同じ質の支援を受けることができるようにするためには、がん診療連携拠点病院を有する地域の緩和ケアコーディネーターの養成に向けた取り組みとは別のプログラムを用意することが重要であると考ええる。

また、緩和ケアコーディネーターが地域で活躍するためには、緩和ケアコーディネーターの資質向上も重要であるが、それと共に緩和ケアコーディネーターを地域で養成し活躍していくための環境と関係者のマインドを成熟させていくことが重要であると考ええる。これは、拠点病院などをはじめとする医療機関が中心となり発信された取り組みでは、その取り組みの内容を数多く活躍している地域の保健・医療・福祉支援者に伝え共通基盤を設けることは極めて困難な事である。在宅緩和ケアを普及するためには、在宅を支える地域の支援者に軸足を置き、拠点病院や地域の病院等との対話を用いた検討を行うことで共に作っていく姿勢が重要であると考ええる。これは、拠点病院等の医療機関では、「がん」という病気が主語となり治療などが展開される。しかし、在宅では主語が「生活」や「暮らし」が主語となり、「生活」や「暮らし」の中に「病気」や「医療」がその構成要素として新たに加わるものとなる。在宅ケアを考える際には、患者の「生活」「暮らし」の中で医療を提供できる環境をどのように構築していくか、「生活」に軸足を置いた施策を展開することが重要でありこうした取り組みを実現するためには、地域包括ケアシステム構築への取り組みとして一体となった事業を展開していくことが極めて効果的であると考ええる。

別表1

在宅緩和ケア推進モデル事業実施内容
施設名：一般社団法人 三原市医師会

		平成27年度												平成28年度													
区分	小区分	それまでの取組み	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
在宅緩和 ケアCo配 置と活動	検討会議等																		連絡会 8/31								
	配置・活動ス ケジュール	平成27年1月に「在宅緩和 ケアコーディネーター」 17名を市内9病院へ配 置。				養成研 修8/19			養成・多 職種研 修 10/22	養成研 修 11/24			養成・多 職種研 修 2/25								養成・多 職種研 修 10/26	養成・多 職種研 修 10/26		養成研 修 2/1			
	周知活動																										
	その他																										
地域ネット ワーク 会議の実 施	ネットワーク 会議	平成26年3月に三原市 地域包括ケア連携推進 協議会を立ち上げ、同時 に「在宅緩和ケアコー ディネーター部会」のち の緩和ケア推進体制整 備委員会」を組織し活 動を開始していた。			委員会 6/19		委員会 9/30		委員会 11/24	委員会 11/24			委員会 2/16				委員会 6/15		委員会 8/31								委員会 3/13
	事例検討会									事例検 討 11/24											事例検 討 10/26						
	その他																										
地域資源 マップ作 成	検討会・作成 会議等					会議 7/30			会議 10/8				会議 2/18								会議 9/6・ 9/27						
	作成スケ ジュール	平成27年3月地域資源 マップ「三原つなぎ・つな がる支援ガイド 初版」 発行				アンケ ート作成				アンケ ート作成																	
	その他																										
地域連携 パス検討	検討会・作成 会議等																										
	検討スケ ジュール	三原市内共通の患者情 報シート「連携シートZai- Takko三原」を作成し、運 用を開始していた。																									
	その他																										
その他	地域包括ケ アシステムと 一体的な 活動	三原市地域包括ケア連 携推進協議会の活動と して、退院支援システ ム、緊急時バックアップ システム、ICTを活用した 医療介護連携の実践と 共に市民公開講座など を展開している。																									
	その他																										

三原市緩和ケア体制推進委員会 委員名簿

平成27年度

役		氏名	職名	所属	属性
リーダー	1	阪田 英世	副院長	阪田医院	医師会（理事）
サブリーダー	2	藤家 証一	所長	三原市大和診療所	診療所
サブリーダー	3	上山 聡	第1外科部長	三原赤十字病院	病院
Co代表	4	大畠 玲子	看護副部長	三原赤十字病院	病院
	5	助信 わかな		三原市医師会病院	病院
	6	松井 敦子		興生総合病院	病院
	7	野宮 裕子		三菱三原病院	病院
	8	森広 垂紀		三原薬剤師会	調剤薬局
	9	渡邊 ひとみ		訪問看護ステーションひまわり	訪問看護
	10	山田 敦子		三原市医師会居宅介護支援事業所	居宅
	11	前川 和子		三原市東部地域包括支援センターどりいむ	包括
	12	國次 美和	係長	三原市保健福祉部保健福祉課	行政
	13	新満 晃宏	課長	三原市医師会病院 薬剤科	病院薬剤師
	14	藤越 貞子	副センター長	JA尾道総合病院	拠点病院
	15	渡辺 陽子		尾道市立市民病院	拠点病院
オブザーバー		壺井 克敏	院長	つばい医院	医師会（副会長）
オブザーバー		服多 美佐子	事業調整員	広島県緩和ケア支援センター	
事務局		竹野 健二	事務局長	三原市医師会	事務局
事務局		三阪 栄花	課長	三原赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課	事務局
事務局		柳迫 三寛	係長	三原赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課	事務局

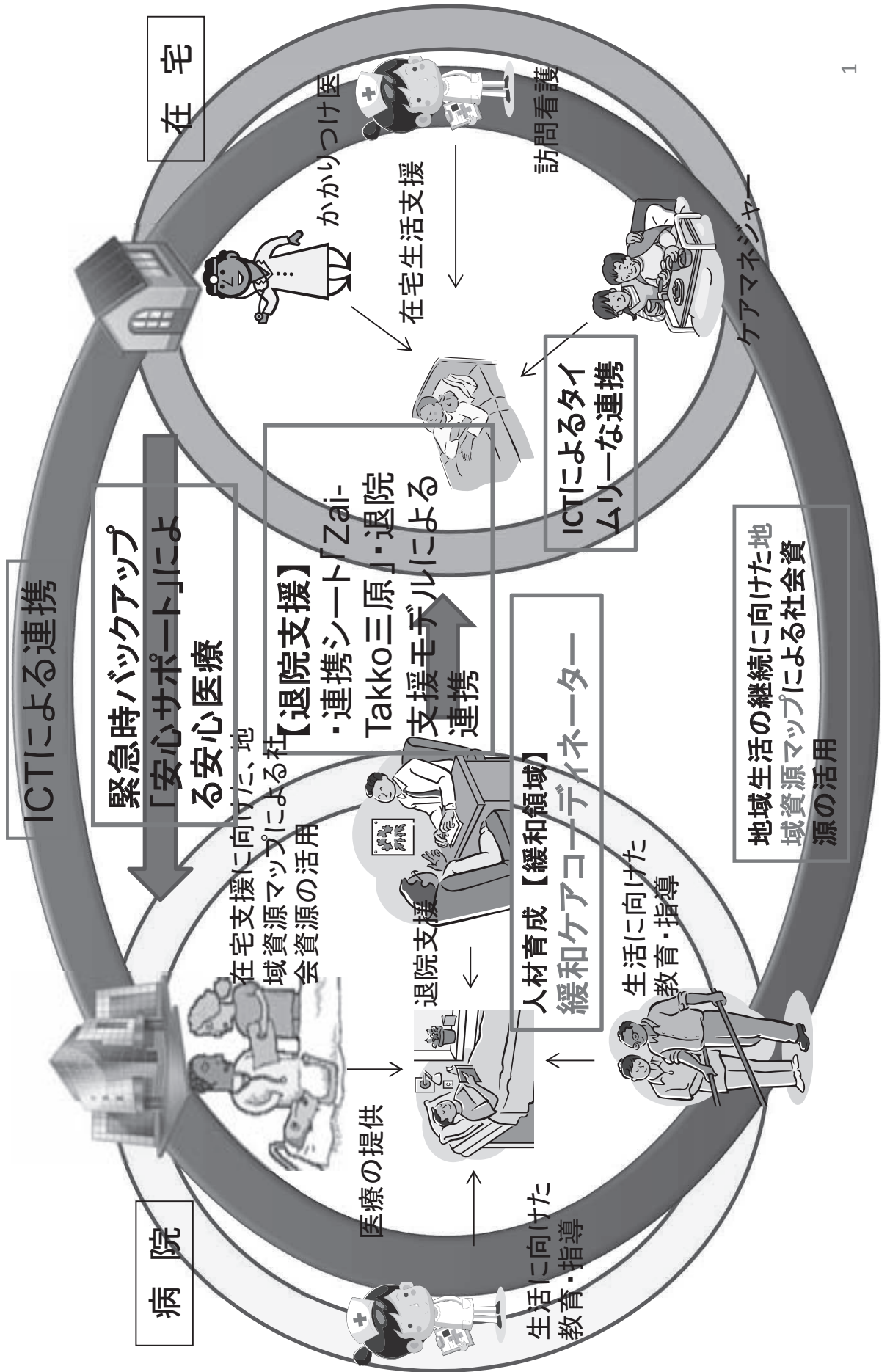
三原市緩和ケア体制推進委員会 委員名簿

平成28年度

役		氏名	職名	所属	属性
リーダー	1	阪田 英世	副院長	阪田医院	医師会（理事）
サブリーダー	2	藤家 証一	所長	三原市大和診療所	診療所
サブリーダー	3	上山 聡	第1外科部長	三原赤十字病院	病院
Co代表	4	大畠 玲子	看護副部長	三原赤十字病院	病院
	5	助信 わかな		三原市医師会病院	病院
	6	松井 敦子		興生総合病院	病院
	7	野宮 裕子		三菱三原病院	病院
	8	森広 垂紀		三原薬剤師会	調剤薬局
	9	梶山 妙美		訪問看護ステーションひまわり	訪問看護
	10	山田 敦子		三原市医師会居宅介護支援事業所	居宅
	11	前川 和子		三原市東部地域包括支援センターどりいむ	包括
	12	國次 美和	係長	三原市保健福祉部保健福祉課	行政
	13	新満 晃宏	課長	三原市医師会病院 薬剤科	病院薬剤師
	14	安友 裕穂		JA尾道総合病院	拠点病院
	15	渡辺 陽子		尾道市立市民病院	拠点病院
		森本 真由美		JA尾道総合病院※代理出席	拠点病院
		豊田 直之		JA尾道総合病院※代理出席	拠点病院
オブザーバー		壺井 克敏	院長	つばい医院	医師会（副会長）
オブザーバー		服多 美佐子	事業調整員	広島県緩和ケア支援センター	
事務局		窪田 弘武	事務局長	三原市医師会	事務局
事務局		三阪 栄花	課長	三原赤十字病院 地域医療連携課	事務局
事務局		柳迫 三寛	係長	三原赤十字病院 地域医療連携課	事務局

三原市地域包括ケアシステム「Zai-Takko三原」

「10・20・30年暮らし続けることのできる三原」を目指して！



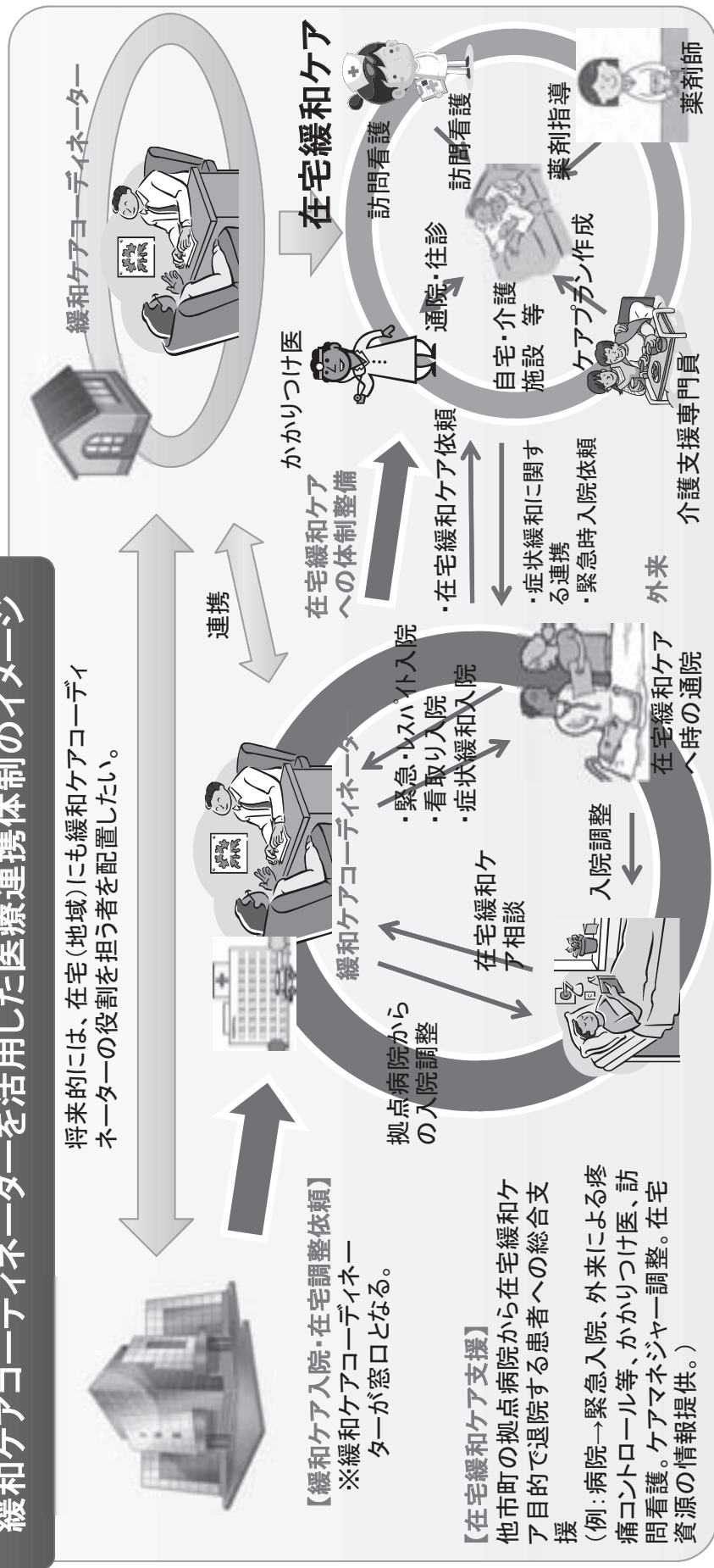
三原市地域包括ケアシステム「Zai-Takko三原」 自宅で暮らすために「在宅緩和ケアコーディネーター」

○在宅緩和ケアコーディネーターとは？

- ・「在宅緩和ケアコーディネーター」を中心とした支援体制を構築することで、市民が住み慣れた自宅での暮らしを安心して再開し、在宅緩和ケア支援者も不安なく在宅緩和ケアを提供できる体制を構築することを目的とする。
- ・市内の医療機関に所属し、自院の診療機能を有効に活用することで、がん診療連携拠点病院などの市外の医療機関や在宅緩和ケア提供者との連携を図り患者及び家族の在宅緩和ケア支援を総合的にコーディネートを行う。

緩和ケアコーディネーターを活用した医療連携体制のイメージ

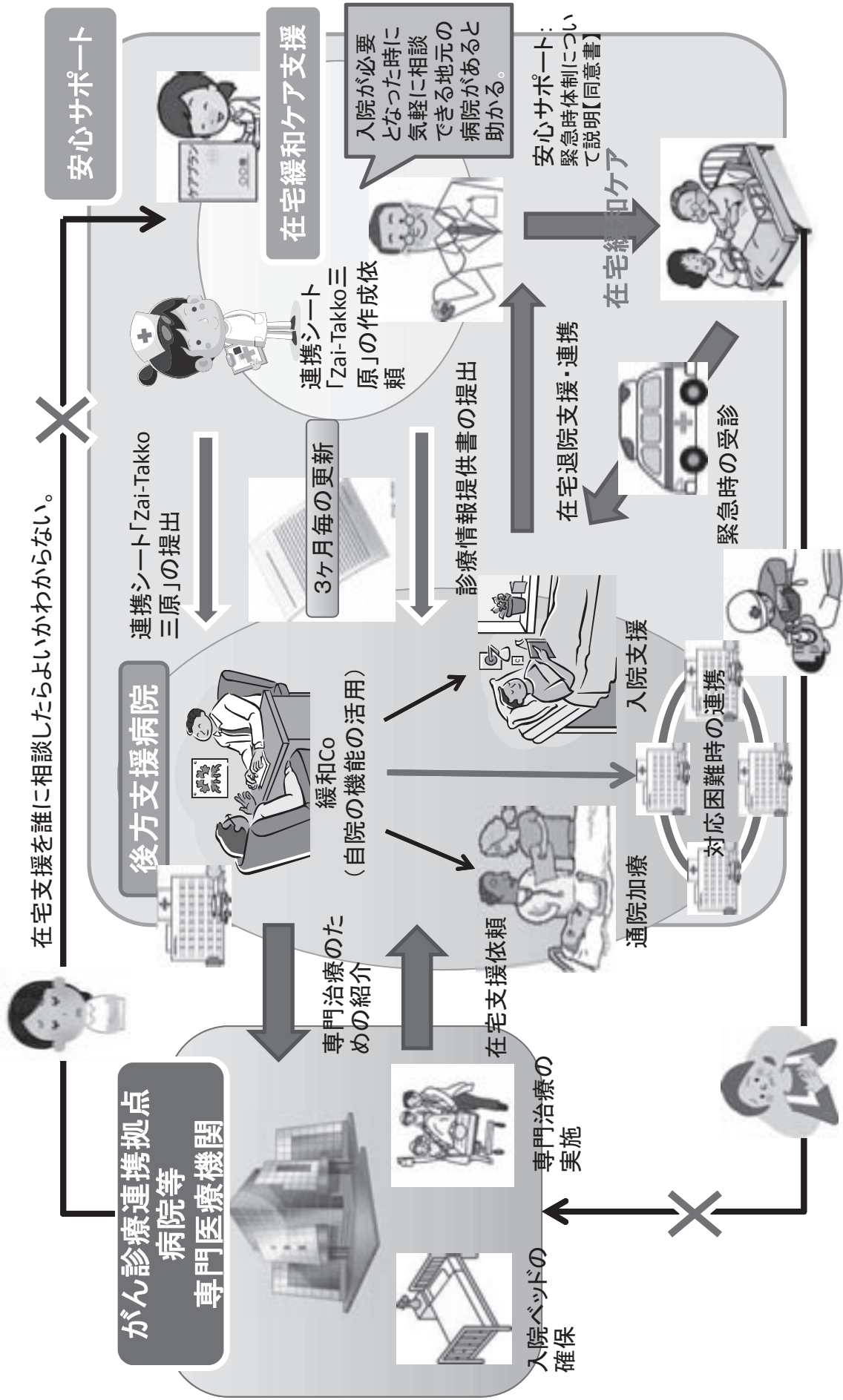
将来的には、在宅（地域）にも緩和ケアコーディネーターの役割を担う者を配置したい。



患者さんにご家族の暮らしを支える専門職



三原市地域包括ケアシステム「Zai-Takko三原」 在宅緩和ケアコーディネーター



市外の専門医療機関までは遠くて不安。 市外の専門医療機関への受診は時間がかかる。

がんフォーラム

日時 平成28年 **12月17日** (土)
 13:00～15:30 (開場12:00～)
 場所 三原リージョンプラザ文化ホール
 定員 400名 (申込み先着順 申込み先: 三原市保健福祉課)

入場無料
 申込み要

手話通訳
 要約筆記

開会

●スペシャルトークショー 「自己実現のための健康づくり」

広島東洋カーブアドバイザー 前田 智徳 さん
 広島ホームテレビ野球解説

広島ホームテレビスポーツ部ディレクター 土屋 誠さん

※諸事情により出演者が変更になる場合があります。



●基調講演 「がんと共に～自分らしく生きる～」

(患者として家族として そしてサポート活動を通して)

がん体験者の会 とま～れ 佐々木 佐久子さん

●シンポジウム 『「自分らしく生きる」を支える～三原での取り組み～』

司会: 三原赤十字病院 医療ソーシャルワーカー	柳迫 三寛さん
阪田医院 医師	阪田 英世さん
三原赤十字病院 看護師	大畠 玲子さん
三原市医師会病院 緩和ケアコーディネーター (MSW)	大塚 由佳子さん
三原市保健福祉課 保健師	國次 美和さん

閉会

体験 コーナー

- ・医療用かつら装着体験
- ・ストーマ用器具

展示 コーナー

- ・医師会・歯科医師会・薬剤師会
- ・緩和ケア推進体制整備委員会
- ・三原市公衆衛生推進協議会
- ・乳がん患者団体「オリーブ」

健診 申込み コーナー

- ・健診の申込みができます。

【アクセス】

三原リージョンプラザ 三原市円一町二丁目1番1号
 電話 0848-64-7555

JR 三原駅より徒歩 10 分 (市役所南)

お車でお越しの場合は、
 隣接している市営駐車場をご利用ください。
 (2時間無料 駐車券をご持参ください)



主催: 三原市・三原市医師会・三原市歯科医師会
 三原薬剤師会・三原市緩和ケア推進体制整備委員会
 三原市地域包括ケア連携推進協議会
 協賛: アデルランス・コロプラスト・三原市公衆衛生推進協議会
 三原市乳がん患者団体「オリーブ」・(株)三原美装社

お問い合わせ・申込み先: 三原市保健福祉課 電話 0848-67-6053

第5回 市民公開講座 がんフォーラム 参加申込書

名前	
住所	
電話番号	



瀬戸内三原
 築城450年事業

在宅緩和ケアコーディネーターパンフレット

在宅緩和ケアコーディネーター

介護してくれる家族に負担がかかる？

往診してくれる医師は？

費用はどうなるの？

誰に相談したらいいかわからない時はどうしたらいいの？

在宅緩和ケアコーディネーターはこれらの問題をひとつひとつ解決していきます。

在宅緩和ケアコーディネーターがあなたらしい暮らしをサポートします。
※在宅緩和ケアコーディネーターへの相談は無料です。

がんになった私の生活はどうなるの？

私たちが在宅緩和ケアコーディネーターにご相談ください。

総合病院 三原赤十字病院	0848-64-8111
〒113-8512 三原市幸町2丁目3-1	
三原市医師会病院	0848-62-3112
〒113-8602 三原市幸町一丁目10-1	
医療法人済幸会 三原城西病院	0848-64-1212
〒113-8602 三原市幸町一丁目19-1	
三原三原病院	0848-62-7331
〒113-8524 三原市幸町三丁目3-1	
医療法人済幸会 済達済幸会病院	0848-65-1888
〒113-8602 三原市幸町一丁目13-1	
社会医療法人聖仁会 済生綜合病院	0848-63-5500
〒113-8571 三原市幸町二丁目1-1	
医療法人済仁会 松尾内科病院	0848-63-5088
〒113-8602 三原市幸町一丁目17-1	
医療法人仁愛会本郡中央病院	0848-66-6780
〒113-8614 三原市下幸町一丁目1-1	
社会医療法人聖仁会 白鷺済病院	0847-34-1218
〒113-8521 三原市本町南町 1084-1	

各病院のコーディネーターにご連絡下さい。

訪問看護ステーション
休日・夜間もかけつけます。

薬局
薬のこと等
おまかせ下さい。

かかりつけ医
往診します。

在宅緩和ケアコーディネーターがゆっくりお話を聞きながらあなたらしい暮らしをサポートします。

家でも安心して暮らせる。

一緒にいられますね。

ワン!

介護支援専門員
介護保険サービスの相談をお受けします。

介護事業所等
排泄・入浴・リハビリ等のお手伝いをします。

※ 三つ折り両面

三原つなぎ、 つながる 支援ガイド



2017年3月

三原市地域包括ケア 緊急時バックアップ体制「安心サポート」について

三原市地域包括ケア連携推進協議会
緊急時バックアップ体制部会

はじめにー緊急時バックアップ体制の狙い

厚生労働省が実施している終末期医療に関する調査において、在宅医療への移行や継続を難しくする要因として、症状が急変したときの対応や症状急変時にすぐに入院できるか等の症状急変時の不安があることが報告されている。

昨今の三原市を取り巻く医療環境では、住民の核家族化などを背景にがん診療連携拠点病院の創設や医療の機能分化等の提供体制の変化と相まって、市外の急性期病院にて加療を行い退院時に住み慣れた三原での在宅医療を開始するケースを認めるようになった。こうした状況において、急変時に市外の急性期病院への相談や受診・搬送が必要となり患者・家族への大きな不安と共に負担が増加しているとともに、かかりつけ医・訪問看護による病院との連携に苦慮するケースを認めるようになった。また、三原市内においても高齢者世帯の増加により高齢者が介護をするといった事例が多く、介護者の体調不良や体調不安により在宅生活の再開や継続が困難となるケースを認めている。

こうした中で、三原市地域包括ケア連携推進協議会 緊急時バックアップ体制部会では、在宅療養患者の緊急時入院支援体制を整えることで在宅支援者が安心して在宅医療を提供でき、市民（患者・家族）が安心して住み慣れた自宅での暮らしを続けることができる事を目的に、市内病院と在宅支援者が連携のもとに、患者の緊急時に適時対応できる仕組みを構築した。

このような仕組みを構築することで、往診・訪問診療などによる在宅医療を提供する在宅医の確保につながることを期待されるとともに、三原市の在宅医療提供体制の強化に寄与することが期待される。

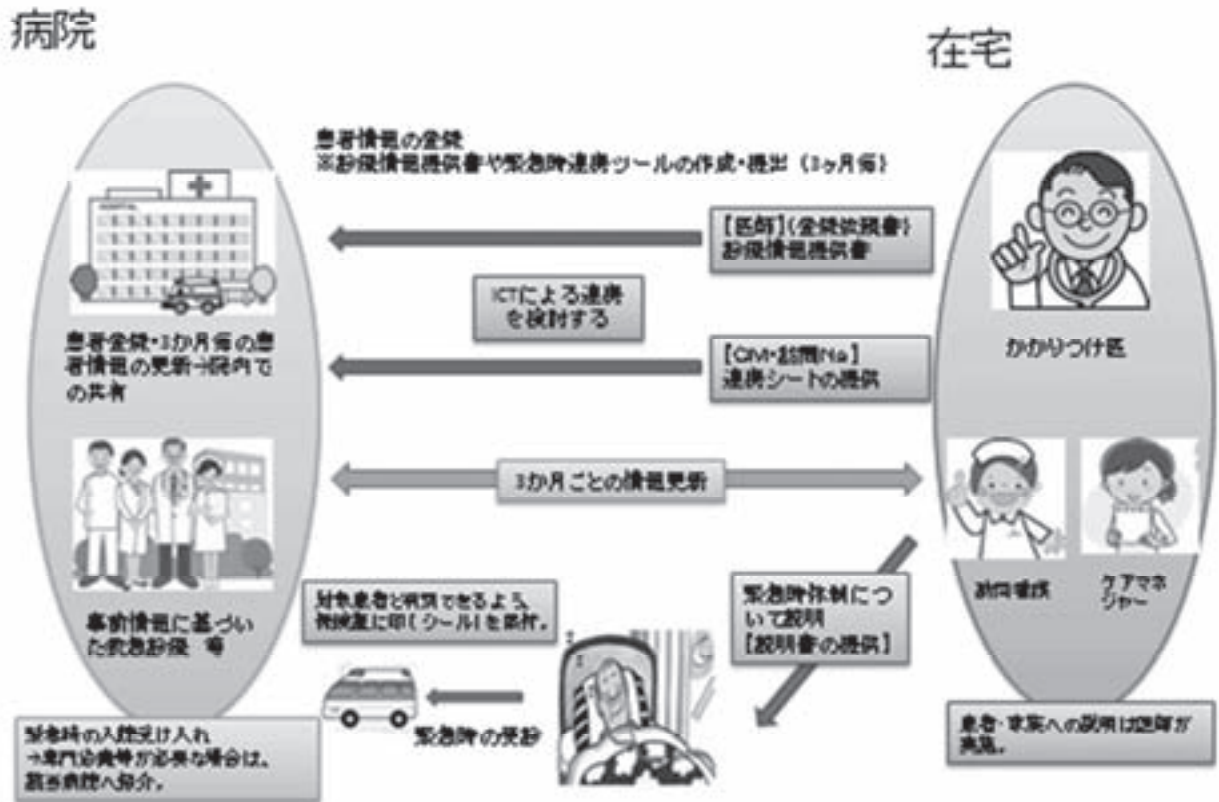
緊急時とは

患者・家族の安心した在宅生活を支えるための緊急時対応の対象事象について、以下の表のとおりとする。

緊急時対応の対象事象	
●医学的に在宅医療の継続が困難	
①身体的変化が著しく在宅生活継続が難しい状況	
②医療依存度が高く、介護者が対応困難な状況	
③急変	
●身体的変化を認めるが、かかりつけ医による対応が困難	
①かかりつけ医が学会・出張・休暇などにより不在の時	
②かかりつけ医の診察時間内であり、緊急の往診が困難な時	等

尚、ここでいう緊急時対応とは、在宅等での生活の場において医療機関での緊急入院対象事象を定めるものであるが、社会的問題については、介護保険におけるショートステイ等サービス利用が望ましい。しかし、同時に体調不良などを伴う場合は、医療機関に相談する。

緊急時バックアップ体制「安心サポート」の仕組み（運用）



1) 協議

緊急時バックアップ体制システムへの登録の必要性については、かかりつけ医・訪問看護・介護支援専門員で協議を行い決定する。

※市内病院からの退院時には、緊急時の対応について協議を行ってください。退院時に協議しておくことで、病院とのコンセンサスが取りやすくなり登録がスムーズに行えます。

2) 説明と承諾

緊急時バックアップシステムへの登録が必要と判断された場合は、かかりつけ医よりその必要性和システムの概要について、様式3を用いて患者及びその家族へ説明を行う。様式3については、必要事項を記入し、患者もしくは家族へ提供するとともに、在宅支援者にも写しを提出してください。

3) 提出

患者・家族より緊急時バックアップシステムへの登録について承諾を得たら、診療情報提供書及び、三原市地域包括ケア連携シート「Zai-Takko 三原」(以下：連携シート)を対象病院へ提出してください。

診療情報提供書については、かかりつけ医より提出とし、連携シートは、訪問看護・介護支援専門員より提出する。尚、診療情報提供書及び連携シートは、別々に提出することも可能です。

4) 登録

診療情報提供書、連携シートを提出したら、登録完了となります。

5) 運用開始

診療情報提供書、連携シートについては、1回/3ヶ月の更新が必要です。病院より、提出（更新）を依頼することがあるので、ご協力願います。また、患者の状態像が著しく変わった場合には再提出してください。

緊急時バックアップ体制「安心サポート」における病院の役割

（お願い）「緊急時の患者受け入れに、ご理解・ご支援をください」

緊急時バックアップ体制システムの第1の目的は、患者・家族が安心して在宅療養を継続できることである。患者の疾患により対応できる診療科を有していない場合もありますが、患者・家族の安心のために、まずは救急受け入れについてご理解ください。

救急受け入れ後に、患者の状態像に応じた専門医療機関等へのご紹介等いただくと非常に助かります。

但し、明らかに緊急を要する心疾患・脳血管疾患等はこのシステムの限りではありません。

- 1) 診療情報提供書の宛名について、担当医師を1名選出してください。
診療情報提供書の作成に際して宛名をどのようにしたら良いか指示ください。
- 2) 登録に際して、必要な様式2・2-②・3を提出する担当部署・担当者を明確にしてください。
かかりつけ医・訪問看護・介護支援専門員などからの問い合わせ・書類提出部署について明確にすることが目的です。
- 3) 登録のために提出された 診療情報提供書、連携シートが患者受診時に迅速かつ十分に活用できる体制を整備してください。
- 4) 患者が受診した際に、緊急時バックアップ体制「安心サポート」登録患者であることを確認できる体制を整備してください。
- 5) 空床状況及び救急対応、精神科指定医不在などで対応が困難な場合は、他の病院への相談などにご配慮ください。

緊急時バックアップ体制「安心サポート」における在宅支援者の役割

- 1) かかりつけ医
 - ①緊急時バックアップ体制システムに登録の可否について、訪問看護・介護支援専門員などと連携を図り決定してください。
 - ②診療情報提供書は、1回/3ヶ月の提出です。
 - ③患者が緊急時バックアップ体制「安心サポート」を用いて救急受診などをする際は、できる限り事前に電話にて受診する旨を連携担当者へ連絡してください。
- 2) 訪問看護師・介護支援専門員など在宅支援者
 - ①緊急時バックアップ体制システム「安心サポート」に登録の可否について、かかりつけ医などと連携を図り決定してください。
 - ②登録をすることについて患者からの承諾が得られた場合は、速やかに連携シート「Zai-Takko

三原」作成し、病院連携担当者へ提出してください。

③連携シート「Zai-Takko 三原」は、1回/3ヶ月の提出です。また、患者のADLなどが著しく変わった場合などはその都度提出してください。

④患者が緊急時バックアップ体制「安心サポート」を用いて救急受診をする際は、できる限り事前に電話にて受診する旨を連携担当者へ連絡してください。

3) その他

緊急時の入院受入について、病院の空床状況や救急対応、精神科指定医不在時などにより登録病院で対応できない場合があることをご理解ください。

診療情報提供書

三原市緊急時バックアップ体制システム診療情報提供書

平成 年 月 日

連携医療機関

科

先生侍史

医療機関名

医師名

所在地

TEL

患者氏名： (性別：) 生年月日：

患者住所：

TEL： () -

傷病名	
既往症及び家族歴	
症状・診療内容及び治療経過	
検査結果	
現在の処方	
その他の特記事項	

三原市地域包括ケア連携シート「Zai-Takko 三原」

三原市地域包括ケア連携シート「Zaitakko Mihara」

第1版(平成27年1月作成)

1: 基本情報

ID№	フリガナ	性別	年号		
	患者氏名	生年月日		年	月 日 歳
住所				☑ 自宅	
				☑ 携帯	
連絡先1	(続柄:)	住所		☑ 自宅	
				☑ 携帯	
連絡先2	(続柄:)	住所		☑ 自宅	
				☑ 携帯	
医療保険	保険の種類			限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	記号・番号			区分	
	前期高齢者医療	有	無	負担割合	%
	番号			認定期間	月 日 ~ 月 日
公費負担	種類(リスト)			多数該当	<input type="checkbox"/> 有(回目) <input type="checkbox"/> 無
	番号			<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 家族有(家族構成) <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供(人) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供(人) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
	種類(リスト)				
	番号				
	種類(記載)				
番号					
各種手帳	種類(リスト)			家族構成	
	種類(記載)				
	等級	種 級			
介護保険	番号			キーパーソン:	続柄:
	介護度	認定日	月 日	主介護者:	続柄:
	認定期間	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日		
	居宅介護支援事業所	CM			

2: 生活・社会情報

家族関係	<input type="checkbox"/> 家族等のハンディキャップ
経済的側面	<input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 支払い能力
住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2・3階建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション()階 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題点 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
生活状況	
社会福祉制度	現在
	今後の予定

3: 身体・医療情報

(1) 診断名 (入院の原因となった傷病名については、1に記入)		他科受診 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
1	発病年月日	年	月 日
2	発病年月日	年	月 日
3	発病年月日	年	月 日
4	発病年月日	年	月 日
5	発病年月日	年	月 日
(2) 症状の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	(3) 介護必要予後	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
(5) 認知度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
(6) 患者状況 (経過・治療内容など)		入院日: 平成 年 月 日	
身長: cm 体重: kg 利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
(7) 既往			
年 月 _____			
年 月 _____			
(8) 点滴・注射			
① _____		③ _____	
② _____		④ _____	
(9) 処方 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 ※他科処方などの漏れがないように十分確認をしてください。			
① _____		⑨ _____	
② _____		⑩ _____	
③ _____		⑪ _____	
④ _____		⑫ _____	
⑤ _____		⑬ _____	
⑥ _____		⑭ _____	
⑦ _____		⑮ _____	
⑧ _____		⑯ _____	
(10) 薬の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 禁忌薬剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
① _____		③ _____	
② _____		④ _____	
(11) 告知・説明			
本人	病名告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	【内容】		
家族	病名告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	【内容】		

4: 医療機器・その他材料・必要物品

種別	機器・物品名	備考(レンタル・購入業者・必要個数・交換頻度等)

5: 医療処置・身体状況

医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 (<input type="checkbox"/> 末梢持続 <input type="checkbox"/> 適時) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) カテーテルの交換頻度 (/)
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD)
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気道) 1日回数 (/) 回数 (/)
	<input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ交換頻度 (/)
	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 (便 尿) 交換頻度 (/)
	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル カテーテルの交換頻度 (/) <input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 尿管ステント <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 交換頻度 (/)
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 (<input type="checkbox"/> 一定量投与 <input type="checkbox"/> スケール投与) 自己注射 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 時間と単位 (/)
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位 (/)
感染症	HB (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) HCV (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検)
	その他 [/]
身体状況	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: /) <input type="checkbox"/> 筋力低下 (部位: /)
	<input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
	<input type="checkbox"/> 関節拘縮 肩 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 手関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 肘 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 股 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 膝 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 足関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 体幹 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 部位と処置 (/)
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	寝たきり期間 (期間: 年 月 日頃より) 体位変換 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> つかまればできる・介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> できる・見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 支えればできる・介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる・見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> つかまればできる・介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> できる (<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助) <input type="checkbox"/> できない 装具 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器)
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない 車椅子自走 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> よく見えない <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 眼鏡 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> よく聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 治療 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	咀嚼 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 嚥下 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)
	歯磨き (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 喀痰 (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない)
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) セッティング (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	<input type="checkbox"/> 食べさせる(全介助) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (/)
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 治療食 (/) カロリー (/)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養食 内容 (/) 1日回数 (/) (/) カロリー 補足 (/)
排泄状況	<input type="checkbox"/> 尿意有 <input type="checkbox"/> 尿意無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 尿器
	<input type="checkbox"/> カテーテル (<input type="checkbox"/> コンドーム <input type="checkbox"/> 留置カテーテル) <input type="checkbox"/> 自己導尿 介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	<input type="checkbox"/> 便意有 (<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 排便) <input type="checkbox"/> 便失禁
	<input type="checkbox"/> ホーダ/トイレ (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) <input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない)
保清	浴槽出入 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	身体を洗う (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	清拭 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
更衣	着衣 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
	脱衣 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
薬の内服	<input type="checkbox"/> 自分でできる 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	介助の内容 (/)
記憶・理解	<input type="checkbox"/> 短期記憶の問題 <input type="checkbox"/> 長期記憶の問題 理解力 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 感情失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	発話 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 構音障害 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失話 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
コミュニケーション	表情 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 視線 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 会話の論理性 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	<input type="checkbox"/> 昼夜障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末
行動障害	<input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 暴食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (/) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
精神・神経障害	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 (/) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行

6: 継続ケア計画

継続ケア (特記事項)	
----------------	--

7: 緊急時の対応

緊急時バックアップ登録 有 無 登録予定 登録医療機関名()

※登録予定の場合は、かかりつけ医による診療情報提供書及び連携シートの記入・提出をお願いします。

記入日: 平成 年 月 日 記入者: (所属) (氏名)

患者説明用紙

平成 年 月 日

 (患者氏名) 様

三原市緊急時バックアップ体制システムへの登録について

三原市では、市内医療機関と介護事業所等福祉機関が協力して、市民の皆さんが安心してご自宅で療養生活ができるようさまざまな取り組みを行っています。

この取り組みの一つとして、身体の急変時やご家族が介護できないような緊急時に市内病院へ入院し、適切な医療を提供できる仕組みをつくっています。

ご登録をいただいております病院へ、「三原市緊急時バックアップ体制システム 安心サポートに登録しています」とお伝えいただくことで紹介状（診療情報提供書）がない場合でも受診・入院ができるようになっていきます。このシステムに登録していただくことでご自宅でも安心して生活ができるようご支援します。

※病院の空床状況や救急対応、精神科指定医不在時などにより登録病院で対応できない場合があることをご理解ください。

登録病院名

--

※登録病院の詳細

所在地	
開設者等	
連携担当部署 (担当者)	

※緊急時バックアップ体制システム 「安心サポートシール」の活用について

「安心サポートシール」を被保険者証などへ貼っていただけますと、病院受診時に目印となります。

医院名 : _____

医師名 : _____

「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」

最終報告書

平成 29 年 8 月発行

広島県健康福祉局

広島県緩和ケア支援センター

地域在宅緩和ケア推進協議会