

浜松地域 緩和ケア普及のための地域プログラム

- 緩和ケアの技術の向上
- 地域共通マニュアル「ステップ緩和ケア」の公開
- 浜松緩和ケアセミナー

専門家による診療の提供

- アウトリーチ（出張研修）
- 地域緩和ケアチーム
- ホスピス27床のうち2床を地域の在宅支援用ベッドとして運用
- ホスピスで市内機関の体験研修を受け入れ
- 緩和ケア外来

患者・家族に対する適切な知識の提供

- リーフレット、ポスター、冊子を配布・Webで公開
- 緩和ケアを知る100冊
- 市民講座

連携の促進

- 浜松緩和ケア連携会議による独自の連携体制の構築
- 退院支援プログラム
- わたしのカルテ・お薬手帳での情報共有
- 地域のリソースの情報の共有

アウトリーチ

- 在宅特化型診療所に週1回×3回→月1回×3回 通年

病院に1回

- PM13:00～19:00

- 緩和ケア専門医、緩和ケア認定看護師1～2名
- 診療所医師2名、薬剤師1～2名、看護師5名、訪問看護ステーション看護師1～4名
- お昼一緒に食べる、カンファレンスに参加、2～5名の往診に同行



【自由記載】

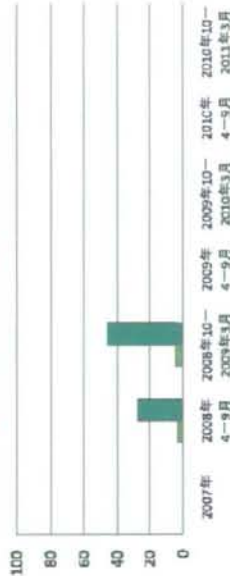
- 具体的な投薬や話し方について、とても参考になりました
- 定期的に意見交換できる場所(機会)があるとい
- い。困難なケースをその都度検討できる態勢が、今後整うことが必要
- 一度に短時間で多くを解決するのは困難。アウ
- トリチにより当院のレベルを上げ、自分たちでも解決できるようにしたい。今後このような機会ほしい

症状コントロールを知ること



地域緩和ケアチーム

■ 地域緩和チーム ■ アウトリーチ



- 「全く知らないところから」の「正式な相談」は3件のみ
- 一頭頸部のデュロテップでコントロールできない難しい疼痛
- 一看取りだが麻薬が処方できない→往診に同行しレベタン 最期まで自宅

「地域で利用されている」という状態ではない

ホスピスの在宅支援用ベッド

通常の予約入院と別枠で、「在宅で見ている患者さんに何かあったとき・介護が困難になったとき」に1週間以内に入院できるベッド

2008年4月～ 患者数 13名 (利用件数17件)

経路 診療所 4名

病院(自施設) 9名

目的 症状緩和 6名

介護困難 7名(10件)

転帰 退院 11名

入院継続・死亡 2名

評価(ヒアリング)

- 患者・「受け手」は希望していないことがある
- 家族・「送り手」は在宅支援になるよう
- この「溝」をどう埋めるかが課題
- (外国の論文をみても同じ課題)



浜松地域 緩和ケア普及のための地域プログラム

- 緩和ケアの技術の向上
- 地域共通マニュアル「ステップ緩和ケア」の公開
- 浜松緩和ケアセミナー

- 専門家による診療の提供
- アウトリーチ(出張研修)
- 地域緩和ケアチーム
- ホスピス27床のうち2床を地域の在宅支援用ベッドとして運用
- ホスピスで市内機関の体験研修を受け入れ
- 緩和ケア外来

- 患者・家族に対する適切な知識の提供
- リーフレット、ポスター、冊子を配布・Webで公開
- 緩和ケアを知る100冊
- 市民講座

連携の促進

- 浜松緩和ケア連携会議による独自の連携体制の構築
- 退院支援プログラム
- わたしのカルテ・お薬手帳での情報共有
- 地域のリソースの情報共有



ポスター・リーフレット・冊子

- OPTIM参加の医療機関130施設に配布
- 行政ルートから、区役所・市民センター・公民館など、100施設に配布
- 中核施設でパネルを作成し掲示 三方原 5枚/ポード/日 = 720枚/年
- 配布後どのようにになっているのかを訪問し「有効な設置場所・方法を調査予定



【啓発ポードを見た方の感想】
 (患者家族) 今日手術したけどお慶開ただけで何もできませんでした。もう何もできることはないと思っただけとポードを見て緩和ケアを知って、できることがあるんだ～と思いました
 緩和ケアってホスピスと思っていましたので、亡くなる前に受けるだけではないんですね
 ポードを見て、「つらいとき、困ったとき」つまりまさに自分がそうがな～とおもって相談に来ました

緩和ケアを知る100冊

- 4病院の図書館に設置
- 2008年冬、市民中央図書館にリーフレット・冊子とともに設置
- 2009年～全ての市民図書館にリーフレット・冊子とともに設置していただけるか相談中

- 中央図書館
- 中央図書館駅前分室
- 城北図書館
- 南図書館
- 西図書館
- 積志図書館
- 東図書館
- 北図書館
- 南陽図書館
- 可新図書館
- はまゆう図書館
- 浜北図書館
- 天竜図書館
- 舞阪図書館
- 雄略図書館
- 細江図書館
- 引佐図書館
- 三ヶ日図書館
- 香野図書館
- 佐久間図書館
- 水窪図書館
- 龍山図書館



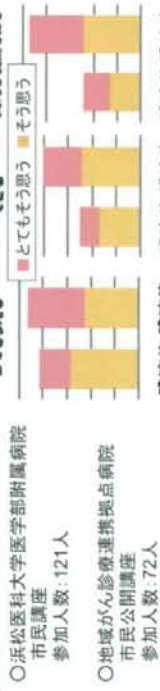
DVD

- 啓発ポードに設置してあるが取りに来た人はいない
- 「中高生の病院体験」で配布(100枚)

講演会

- 市民対象の講演会をおこなったが準備が大変だった
- 地域包括支援センターからの講演の依頼が増加(4件/1～3月)
- 健康はままつ21、地域包括支援センター主催など既存の枠組みの中の講演会をおこなっていきたい

2008年度に行ったもの



【自由記述】

- ホスピスに対する考え方の違いが分かりました
- 私自身もがん患者です。在宅介護・心のケアなどは考えさせられる機会でした。このような機会を多くしてください。必要な方は多数いらっしゃると思います
- 市内で在宅緩和ケアが安心して受けられるようになるよう体制作りをお願いします
- 昨日的にTV、本などで聞いてはいたが、「向こう岸へ渡るまで」の一番怖くて大切なこと
- 昨日、朝日新聞の小記事を見て飛んできて感激でした

メディアメッセージ2008 in 浜松

OPTIMブースの様子

ポスターや冊子の展示、「体験者の声」の放映など、浜松でのOPTIMの取り組みと緩和ケアのご紹介をしました。



- ・地域緩和ケアセミナー
- ・浜松緩和ケアセミナー
- ・専門家による診療の提供
- ・アウトリーチ（出張研修）
- ・地域緩和ケアチーム
- ・ホスピス27床のうち2床を地域の在宅支援用ベッドとして運用
- ・ホスピスで市内機関の体験研修を受け入れ
- ・緩和ケア外来

2日間で約5,000人の方が来場し、OPTIMブースには約500人の方が立ち寄りくださいました。



■オレンジハルーンはこどもに大人気

↑ブース立ち寄り者からの質問数推移



浜松地域 緩和ケア普及のための地域プログラム

- 緩和ケアの技術の向上
- ・地域共通マニュアル「ステップ緩和ケア」の公開
- ・浜松緩和ケアセミナー



- 患者・家族に対する適切な知識の提供
 - ・リーフレット、ポスター、冊子を配布・Webで公開
 - ・緩和ケアを知る100冊
 - ・市民講座
- 連携の促進
- ・浜松緩和ケア連携会議による独自の連携体制の模索
 - ・退院支援プログラム
 - ・わたしのカルテ・お薬手帳での情報共有
 - ・地域のリソースの情報の共有



浜松緩和ケア連携会議

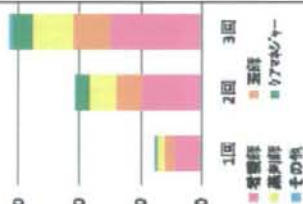
「まずはだれが何の仕事をしているのかを知る」「何が課題なのかを全体的に把握する」ために3回のフォーカスグループを企画 合計のべ300名が参加

1回目 「望ましい地域の緩和ケアのありかた」 連携会議参加者累計

2回目 テーマごと

「病院スタッフと地域の医療福祉従事者が意思疎通をとる方法を考える」等

3回目 地域包括支援センターの管轄単位



退院カンファレンス

・行われている施設が多いがまだまだ改善の余地がある
担当者同士のノウハウの共有と実施が有用なようだ
(具体的な方策は未定)

	スクリーニング		退院カンファレンス		医師参加率	
	対象	方法	件数 /年	病院	診療所	診件数
A	全患者	東大	24	ほとんど	時々	時々
B	病棟毎に異なる	独自	80	ほとんど	時々	時々
C	腫瘍センター	OPTIM	30	時々	時々	時々
D	一部	独自	6	なし	時々	時々
E	全患者	独自	32	ほとんど	なし	なし
F	一部	独自	30	ほとんど	ほとんど	なし
G	なし		22	なし	なし	なし

情報が共有できない(外来一薬局の場合)

私のカルテの運用経過 OPTIM開始前



- ・お薬手帳を薬剤師会で配布
- ・私のカルテ(PILOT版)を1診療科・1薬局で実施

OPTIM開始後

- ・聖隷三方原病院腫瘍センター入院全患者に配布

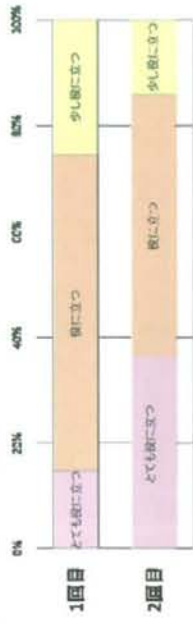
→一部の患者で積極的に使うが、普及には至らず
『地域の医療者全員が『**もってる?』というシステムに
ならないと普及しない(Palliat Med 2008)

2009年～

- ・化学療法教室にくみいれられての院内外での共通の使用(予定)

連携会議の評価

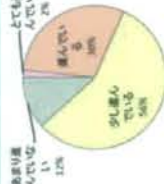
総合的に役立つか



緩和在宅医療の仕事で困ったことがある時に、助けになってくれる人が、何人いますか



この1年間で、浜松地区のがん緩和在宅医療についての連携は進んでいると思うか



第2回浜松緩和ケア連携会議アンケート結果より

顔の見える関係になる



連携の課題の解決



連携会議 1 回目

連携会議 2 回目

【自由記述】

- ・いろいろな職種の人のお話をきくことによっていろいろな見方があるのだと改めて感じた
- ・それぞれの職種がそれぞれの立場で連携について考え動き始めていることがわかった
- ・病院と地域の診療所、薬局と連携していくことで、患者さんへの最高の情報提供・ケアができると思います。このような会に参加できて良かったです。

連携の課題 まとめ

- ・課題を・OPTIMができること
 - ・各施設が行うこと
 - ・国の制度が変わらないとどうしようもないこと
- に整理して、来年からの計画を立案中。来年は「解決」の年
- 1 地域全体の多職種がミーティングする機会を定期的につくる
 - * 各団体の理事以上のメンバーと現場の人がいっしょに出席
 - 2 ある地域で解決できてきていることが他の地域で共有できていない
 - 3 退院カンファレンス、相談窓口の質に地域内でも差がある
 - 4 退院後・外来での情報を多職種で共有する方法がない
 - 5 病院医療者に在宅の視点がない
 - 6 入院する場所がないことがある
 - 7 診療所の数がまだ少ない
 - * 白鷺先生講演会、「ゆるい連携」の模索?
 - 8 保険薬局と在宅での連携がまだまらない
 - * 個別ケースでの連携事例の蓄積
 - 9 行政 迅速審査の告知

* 地域担当者連絡
会議の定期開催

○「がん医療」の先進医療費の取扱いについて
医療に治療や一時的な治療が必要ながん患者の負担、でもる限り年
に1回多額発生し、高額な治療や一時的な治療の負担はいつまでもあり
ます。
つまりは、がん患者の生活の質を向上させるのが目的で、土曜日・日
曜日も診療する日にも対応してはいるのですが、この二日診療を医師が
受け止めます。

医師会ウィークリー—平成20年11月10日発行

来年度の活動計画(案)



来年度のスケジュール(案)

項目	内容	時期	担当者
緩和ケアの技術の向上	講演会7月 1.がん患者の心のケア(明葉先生)	7月	明葉先生
緩和ケアの技術の向上	講演会1月 1.スピリチュアルケア(田田先生)	1月	田田先生
緩和ケアの技術の向上	緩和ケアセミナー 8-9-10-12月	8-12月	明葉先生
緩和ケアの技術の向上	教育DVDの配布	随時	明葉先生
専門家による診療の提供	アットホーム	随時	明葉先生
専門家による診療の提供	地域緩和ケアチーム	随時	明葉先生
専門家による診療の提供	各地域の緩和ケアチーム(5病院)	随時	明葉先生
専門家による診療の提供	がん生医ベッタ ホスピスでの 看護研修	随時	明葉先生
患者・家族に対する適切な知識の提供	市民講演会 1回/年	1回/年	明葉先生
患者・家族に対する適切な知識の提供	市内の図書館に 「緩和ケア」を 100冊以上配布し、 リーフレットの取読	随時	明葉先生
患者・家族に対する適切な知識の提供	ホスターの取手：行 殿ルート100か所 OPHの協力連携 140箇所	随時	明葉先生
患者・家族に対する適切な知識の提供	地域生活支援セン ター主催などの 集まりでの講演	随時	明葉先生
連携の促進	講演会6月 「遠征支援」 宇野宮先生	6月	明葉先生
連携の促進	連携会議2回/年	随時	明葉先生
連携の促進	連携担当 クワハク共有会 2~4回/年	随時	明葉先生

話題

浜松地域の概要

2008年に行ったこと
緩和ケアの技術の向上

専門家による診療の提供

患者・家族に対する適切な知識の提供

連携の促進

現在行っていること・来年少しようと思っていること

ほかの地域の方に関きたいこと



ほかの地域に聞きたいこと

- ① 多職種における地域での情報共有のあり方
・薬の連携(病院からの情報提供・薬局からの情報提供、双方のあり方について)
・具体的な提供内容の希望なども含めて
- ② 患者・市民教育に必要なこと
- ③ 診療所の医師が対応できないとき(診療時間中・出張中・夜間・休日など)の対策
・訪問看護ステーション同志の連携：訪問看護師のレベルアップ、緊急対応
- ④ 入院する場所がない患者・がん難民への対策
- ⑤ どこが協力してくれる施設かの「利益誘導にならない」患者への情報提供の仕方について
- ⑥ 各職種の役割をどのように認め合い、チームとして活動しているかを知りたい

戦略

A 地域連携の強化

【昨年までに分かったこと】

職能団体間・地域間の交流がないことによる情報の分断

職能団体別にシステムをつくっていたり、既存のシステムを利用して上手に対応している地区があるにもかかわらず、地域全体ではシステムを知らないために問題を生じていることがある。

たとえば、「地域の診療所、訪問看護ステーションのどこがなにをしてくれるのかわからない」という意見があるが、浜松市医師会のホームページや、OPTIM で作成したがん緩和医療に参加できる医師や薬局のリストが主要病院の連携室に配布されている。薬剤師会では地区ごとに在宅担当薬局を決めている。

また、「病院の医師に確認が必要な時にすぐに連絡がとれない」「退院時の申し送りが不十分」など退院後の地域医療機関との連携の向上を望む意見が多いが、窓口が決まっている、退院時カンファレンスを定期的に頻回に行っている、FAX で急ぐ場合には「至急」と書いてもらえれば至急対応できる施設もある。

浜松市、浜松医師会では、介護申請の迅速化に取り組んでおり、窓口でがん末期であることを担当者に伝えてもらえば審査会までの日数を最短にすることが可能である。

しかしながら、これらの取り組みひとつひとつが地域全体として十分に機能しているとはまだいいがたい。

構造面では以下の3点が主要な課題である。1) 同一地域内の現場の多職種が顔を合わせる機会がないため異なる職種間の情報を共有できない、2) 地域の連携を担うメンバーでノウハウを共有し解決策を探す機会がない、3) 各団体の要職にあるメンバーと実際に現場で患者を多く見ているメンバーが顔を合わせる機会がないため組織上の問題を解決する糸口をもつ機会がない。

内容面では、1) 退院調整、2) 在宅の視点のある看護、3) 介護認定を早くする工夫の3点が主要な課題である。

【解決するための戦略】

したがって、2009年度、構造面の1) 現場の多職種で顔を合わせる機会をつくるために、「OPTIM 多職種地域カンファレンス」、2) 地域の連携を担うメンバーでノウハウを共有する機会をつくるために「OPTIM 連携ノウハウ共有ミーティング」、3) 各団体の要職にあるメンバーと実際に現場で患者を多く見ているメンバーが顔をあわせる機会をつくるために「OPTIM 企画ミーティング」を定期的に開催する。

A1 地域連携の課題のうち現場のリソースで解決可能な問題を解決する

1) OPTIM 多職種地域カンファレンス (略称: OPTIM 多職種 CF)

【目的】

がん緩和ケアに携わる現場の多職種のスタッフが集まって地域ごとに知り合いになり課題を共有する。地域包括支援センターの管轄地域ごとに行う

【対象】

病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局(在宅部会が地区ごとに担当者を決めた)、地域包括支援センターなどの現場のスタッフ 150名。アナウンスして希望者に参加してもらう

【方法】

—情報共有レクチャー・活動報告(30分)、事例1例(60分)、地域ごとの関係者のFG(90分)

—年2回:4/11(土)、11/14(土)

2) OPTIM 連携ノウハウ共有ミーティング (略称: OPTIM 連携ノウハウ共有会)

【目的】

—連携担当者がノウハウを共有し話し合い、具体的に解決する

【対象】

病院の連携担当者、地域の医療者（患者数の多い訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、診療所、保険薬局）

【方法】

—構造化しない課題を前向きに解消する（OPTIM で行った連携関係の調査結果を共有する）

—一年6回：5/13（水）、6/6（土）宇都宮先生講演後に「囲む会」、7/18（土）（企画ミーティングと同時）、9/9（水）緩和ケアセミナー後半の裏メニュー、10/14（水）緩和ケアセミナー後半の裏メニュー、12/16（水）（企画ミーティングと同時）

【検討する内容（予定）】

退院調整、在宅の視点のある看護、介護認定を早くする工夫について、解決可能な具体策を話し合う。

① 質の高い退院調整

【現状の簡単な分析】

浜松市内で年間開催される退院カンファレンスは数件～80件/病院である。退院指導に熱心な病院が複数ある一方、施設間差が大きい。まず、必要なのは、①退院カンファレンス、②退院後の窓口の明確化（平日の問い合わせ先①②、夜間や休日の問い合わせ先①②）、③退院後の予測への対応（臨時指示、急変時入院か）をあらかじめ決めておくこと、である。

【実際に必要な工夫】

医師、看護師だけでなくケアマネジャー、薬剤師（かかりつけ薬局）

入退院繰り返すときも

退院までいかないかもしれないとしても声はかけておく

時間の調整

あらかじめ筋を決めておく

在宅になった後も連絡を取る

スクリーニング、スクリーニングのスクリーナーによる利用

退院日の設定（週末にしない・介護力を見て決める）

看護サマリーとして詳しくなくてもいいから最低限必要なものを共通に（多施設共通の「患者プロフィールシート（診療内容、病名・病状の患者への説明、どのような医療者がかかわっているのか、患者の意思）」の作成

② 在宅の視点のある看護

【現状の簡単な分析】

病院の勤務医や看護師が在宅のイメージをつかむことができない。そのため、どのようなことに気をつけてケアすればいいかがわからない。たとえば、家に帰ってから実施できないような看護処置の計画が組まれている、帰る前に患者や家族でできるように説明・指導していない、患者の意思が分からない、家にかえってどうやって生活するのがわからないなどである。この主たる理由は、教育や臨床の経験がないためである。

【対策】

- 1 看護教育に在宅の要素を入れる、特に、体験することが重要であるため実地研修が望ましいが、無理なら訪問看護師のレクチャーなど実際にいま現場にいる人が教育をすることが重要である。
- 2 概念的な教育としては、「在宅の視点のある病棟看護尺度」の概念に従い、シンプルな処置、患者・家族ができる指導、自宅はどう過ごしたいかを聞く、早めにサービスを入れる、の4概念を浸透させることがよい。
- 3 2のためには、リンクナースなど病棟に中心となる看護師同士が、退院支援看護師や訪問看護師といった専門職種のサポートのもとに、相互にノウハウを蓄積していくのがよい。入院している患者のADLが戻らなかったとしたら想定して早めに、とにかく早めに、在宅スタッフに連絡することによって、①在宅でできるシンプルなケアにアレンジ、②入院した時から自分でできるように、入院中に終わらなくてもここまでは入院中にここまでは在宅でなどの相談、③患者の「自宅でのように過ごしたいのか」の意思を確認してサマリーに記載、④介護サービスの査定をする、ことができる。
- 4 ノウハウを共有するためには、①病棟ごとの勉強会、②今進行している患者について詳細に連絡を取り合う、③ひと段落した後や訪問に行った後・死亡した後に経過を報告しあうフィードバックなど、「事例検討会」とまではいかないような小さな振り返りをその都度行うことが効果的である。

③ 介護認定を早くする工夫

【現状の簡単な分析】

別紙の報告書を参照。浜松市内で相当数の患者が介護認定の通知が来るまでの間に死亡しており、病院としては、主治医意見書の提出を早くする対策が必要である。

【対策】

早めの介護保険主治医意見書の日数管理をしてなければレセプトのように医師に連絡し、それでもだめなら連携室か医師から連絡する、というシステムが選択肢になる。

A2 地域連携の課題のうち組織的問題を共有できる主要団体の理事以上が参加できるカンファレンス

1) OPTIM 企画ミーティング（略称：企画ミーティング）

【目的】

- 各団体の理事など要職メンバーと、実際に患者を見ているメンバーが、組織上の情報を共有する
- OPTIMの企画の変更・決定

【対象】

連携ノウハウ会のメンバーに加え、各団体の理事など要職にあるもの

【方法】

- 構造化しない「顔合わせ」のミーティング（基本的に連携ノウハウと合わせて行う）
- 一年3回：7/18（土）、9/2（水）、12/16（水）、予備日：1/13（水）、2/10（水）

B 緩和ケアの向上

【昨年までに分かったこと】

浜松市は主要病院に緩和ケア専任医師や看護師が配置されている病院が多く、地域としては緩和ケアの質の高い地域と想定される。しかし、浜松市内の医療者を対象とした回収率の高い調査で、緩和ケアの知識や実践の自己評価で施設差が大きいことが分かった。2009年度も系統的に地域全体の緩和ケアの技術の向上に貢献する取り組みを行いたい。特に今年度からは医師に対する講習会を厚生省の緩和ケア普及事業とあわせて行う初年度とする。

【解決のための戦略】

B1 地域全体の医師の緩和ケアの技術を向上する

1) 緩和ケア講習会（略称：医師緩和講習会）

【対象・目的】

浜松市内のすべての医師に対して緩和ケアの基本的事項を講習（厚生省事業）

【内容】

- PEACE に準じて行い、ステップ緩和ケア、パンフレットなどを配布し知ってもらう
- 医師が知っておくべき地域連携の要点（OPTIM 参加施設、介護保険）、在宅で患者さんがいる写真（イメージ、帰ってきてから直面する問題とそれを避けるための対応）を盛り込む

【アナウンス】

県医師会、市医師会

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局の代表部署、OPTIM コアメンバーに案内を送り知っている先生に紹介

OPTIM 参加医師に案内を送り知人にも紹介

病院の緩和ケアチーム医師から各診療部に紹介

医療用麻薬メーカー

B2 地域全体の看護師・薬剤師など医療福祉従事者の緩和ケアの技術を向上させる

1) OPTIM 緩和ケアセミナー（略称：緩和ケアセミナー）

【対象・目的】

市内の医師、看護師、薬剤師をはじめとした多職種の医療福祉従事者を対象として、緩和ケアの技術の向上になる現場で活かせるセミナーを実施、症例検討を合わせて行うことで顔見知りになる機会もつくる

【内容】

- レクチャー→小グループ（本年度といっしょ）
- 小グループは、今年度人気の高かったもの（ロールプレイ、実技）を何回かに分けて（出られなかった人が次にも出られるように）行う。複雑な事例は連携 CF の事例で扱い、時間内に消化できる内容をくむ。個人的な興味になってしまうような内容は入れない。内容のレベルで、初級向け、中級向けなどのアナウンスを入れる（ほとんどまだがんを見ていない人もわかるように）
- 一年 6 回、3 回聖隷三方原病院、1 回県西部浜松医療センター、2 回外部講師（開催日時は他のセミナーや会議等と重複しないように調整済）

【アナウンス】

OPTIM

市医師会、看護協会、薬剤師会、居宅介護支援事業所

主要施設の看護部、薬剤部責任者

C 緩和ケアチームの向上・アクセスの向上

【昨年までに分かったこと】

各病院の緩和ケアチーム同士の連携がなく、また、緩和ケアチームのない地域のがん患者に対する専門的な緩和ケアサービスは提供できていない。

【解決のための戦略】

C1 地域の緩和ケアチームの緩和ケア技術の向上と学びあい（略称：緩和ケアチーム合同 CF）

【対象・目的】

市内の緩和ケアチームがお互いの診療を peer review し学びあう
緩和ケアの難治性症状をよくみる地域メンバーも自由に学び合う

【内容】

- 一年4回、持ち回りで事例を共有する
- 聖隷三方原病院、聖隷浜松病院、浜松医科大学医学部附属病院、県西部浜松医療センター、遠州病院

【アナウンス】

一症状緩和に特に関心のある地域のスタッフも参加可能。ただし、扱う事例は難治性症状に限定。個別に近くのスタッフから声かけてもよい

【検討内容】

- 一パンフレットやステップ緩和ケアの普及
緩和ケアチームに依頼された時に配る、コンサルテーションの時にステップ緩和ケア・パンフレットを使う、院内の勉強会で使う（看護部の勉強会に緩和ケアを組み入れて教材として使う）などで普及を図る
- 一オキシコンチン初回投与セット
をつくるとらくなるなら5病院共通にしてつくる（相談）

C2 地域で緩和ケアについて困ったことが生じた場合、どこかの緩和ケアチームにつながる仕組みをつくる

【方針】

- ・地域で何か困ったことを見つけた人が、各病院の緩和ケアチームと知り合いになってきているから、そこに直接電話すると、病院の中で主治医に働きかけて、なにか対応する、というゆるいシステムを運用する
- ・希望があれば、聖隷三方原病院（または県西部浜松医療センター）など地域の緩和ケアチームの医師・看護師と一緒に診察することが可能であることをアピールしてもらって、了解が得られればアウトリーチに行く

C3 ホスピスの在宅支援用ベッドの運用

【昨年までに分かったこと】

ホスピスの終末期ケア以外に短期間利用できる入院（在宅支援用ベッド）を13人17件が使用した。
「在宅支援用ベッド」とは「入院日に退院日が決まっている入院」と定義し、これには、1）症状緩和目的と、2）レスパイト（症状の悪化がない患者の家族の介護疲れのための入院）が含まれた。

	患者	家族	紹介元	ホスピス
症状緩和目的	◎（満足）	◎	◎	◎
レスパイト	?不満足なことあり	○	○	?意義が分からないことあり

【方針】

- ・症状が悪化している患者、検査や耳鼻科の受診など何か目的を持ってくる患者は満足度が高い

- ・家族の「介護疲れ」の場合は患者さんが来たあと「帰りたい」、「家族をよんでほしい」、となることもあるので、なにか理由をつけて（検査を1週間だけしよう、とか）紹介していただくほうがいいらしい。なんらかのノウハウが必要なので、今後蓄積していく

D 啓発

【昨年までに分かったこと】

地域全体の医療福祉従事者、患者・家族に対して、緩和ケア、在宅医療の取り組みやネットワークに関する情報が不十分である。

【解決のための戦略】

D1 地域の医療福祉従事者全体に対してがん在宅緩和ケア、OPTIM の認識をあげる

1) ML への登録数の増加

—OPTIM の ML への登録を呼びかけてもらう

—集りのたびに受付で ML への登録を呼びかける

2) 各リンクスタッフは、施設で、ステップ緩和ケア、パンフレット、わたしのカルテなどをより積極的に使用する

*特に緩和ケアチームは、まず、院内で、ステップ緩和ケア、パンフレット、わたしのカルテをなるべく使用していく

*緩和ケアチームに依頼した医師にステップ緩和ケアを配布するなど、ノウハウを共有していく

3) 定期的に各種パンフレットや案内を市内の関係医療福祉機関にひろく配布

年 3~4 回程度不定期に企画に合わせて予定

【配布する内容】

—OPTIM 参加案内、やったことの報告、やることの案内、HP の案内、ML 登録の案内

—個人が努力すればできることをまとめた簡単な「浜松のがん緩和在宅医療をよくしようメモ」(名称未定)

—「OPTIM 施設のできること」(未定)

—在宅患者のパス

—各種セミナーで行った講演のスライド

D2 地域の一般集団に対してがん在宅緩和ケアの認識をあげる

1) リーフレット、ポスターなどを継続して設置

聖隷浜松病院、県西部浜松医療センター、遠州病院にもパネルの設置を依頼したい

【昨年までにわかったこと】

・腫瘍センター、化学療法室よりも、そこに行くエレベーターの前で外来患者も通るところがよい

2) 市立図書館 21 ヲ所に、「緩和ケアを知る 100 冊」(リーフレット、小冊子とともに)設置

3) 講演会

地域包括支援センター主催、がん診療連携拠点病院主催、社会保険協会、保健所、民生委員の集まりなど既存の講演会のなかに呼んでもらう方向でお願いしていく

4) (可能であれば) リーフレットの内容を「地域で必要としている内容」に変更する (未定)

E わたしのカルテを使用して地域で外来患者の情報を共有する仕組みをつくる

【昨年までに分かったこと】

外来で診療を受けている時の情報を共有する手段が乏しいことは、外来でがん治療、緩和治療を行う場合には致命的ですらある。たとえば、外来で投薬されている薬剤の服薬指導をする保険薬局が、診療内容（抗がん剤や麻薬**mgが初回投与なのかD○処方なのか）、病名・病状の患者への説明（患者はがんといわれているのか、抗がん剤や麻薬と説明を聞いているのかわからない）などがわからないため、患者にどう服薬指導をしたらいいかわからない。患者所持型の情報共有ツールとして、現在、「お薬手帳」を保険薬局が配布しているが、①病院内で活用していないので結局診療情報を共有するためのツールとしては機能していない、②情報内容が薬品名だけであり、診療情報、病名・病状の患者への説明、どのような医療者がかかっているのかわからないため機能が限定されている、③患者にとっては地域のあらゆる関係者から「持っていますか、見せて下さい」といわれないと所持する意欲を維持しにくい、という問題がある。

解決策として、OPTIM プロジェクトでは、お薬手帳をより拡大した診療情報の共有ツールとして「わたしのカルテ」の試験運用を行った。

聖隷三方原病院で腫瘍センターに入院したすべての患者 300 人以上に配布した。しかし、配布しただけでは患者さんに「持っている意義」を感じてもらうことができなかった。配布した後、「検査結果を挟んで持っていく」、「入院してきたら病棟で預かる」など「医療者からもっていますか？と声をかける」ようにしたところ、所有者が増加しており、2009年2月現在入院患者50名のうち30～40名が検査結果を挟むなどして運用している。開始前に懸念された大きさについては、渡された時は「こりゃ～大きいな～」という声が多かったが、挟むことが定着すると、「これくらいの大きさでないと挟めないのだからこれでいい」との意見が多く聞かれるようになった。

情報共有ツールとしての「わたしのカルテ」が運用は可能な可能性が高いが、導入には関連部署の協力が必須である。

【方針】

- ・まず、聖隷三方原病院腫瘍センター、保険薬局で「がん化学療法教室」を開始。化学療法を受けるすべての患者に対して、私のカルテを持ち、検査結果を挟んで薬局に通う、という介入をあと1年間行ってみる
- ・ほかの施設については、関連部署のかなりの協力が必要なため施設に一任する。なるべく使用する方向で機会をさがしていく

F 介護認定に関する制度上の問題

【昨年までに分かったこと】 詳細は別紙の報告書を参考

がん患者のケアマネジメントについての実態調査結果：浜松市全体で調査までに死亡したがん患者54名、交付までに死亡の患者126名。死亡患者約2000名の10%が介護申請したとして半数以上が交付前に死亡している推定となる。過去1年間にがん患者のケアマネジメントを行った経験があるケアマネジャーの75%が介護申請は「迅速でない」と回答している。コメントからは行政としては最大限機能しているとのコメントも多く、地区による差があることが読み取れる。

間に合わなかった場合の影響は、①患者が十分なサービスを受けられない可能性がある、ばかりではなく、②死亡後に家族に「認定されました」の通知が届くことの精神的負担、というインパクトがある。

遅れる理由は、認定審査60%、主治医意見書60%、訪問調査59%、医療者からの紹介40%。

必要な対策は、「介護度にかかわらずレンタル」、「審査会の迅速審査」、「訪問調査を早く」、「意見書を早く」で

ある。

【方針】

- 1 調査結果を介護支援専門員連絡協議会、医師会在宅部会、市に報告して検討してもらう。
 - ・迅速化した審査システムのより一層の迅速化
 - ・がん終末期の場合、最初から介護 2 またはベッドなど必須の福祉用具をレンタル可能にする
- 2 「医療者からの紹介」「主治医意見書の迅速化」については、「1. 質の高い退院支援」に記載

G 入院、レスパイトや看取りをしてくれる施設の確保

【昨年までに分かったこと】

浜松市内においても、「ずっと見ていた病院」からの入院を断られる症例が発生しているようだが実数は把握できていない。ヒアリング調査によると、病院が受診を断っている理由は、①医学的入院の適応でない場合（家族の介護疲れ、場合によっては「医学的な治療方法がない」で断られる場合があるようだ）、②入院の適応があっても、a) 夜間一律に救急対応を断っている（2次救急に依頼している）、b) 主治医は了解していても連絡が記載されていなかったり記載されていても見落とされたりして救急で対応した医師が判断で断っている場合、③もともと見ていた病院は受け入れると言っているが患者があそこには行きたくない、ということがある。

各病院の「医学的適応」についてははっきりしていない。

【方針】

1 各メンバーでの工夫

浜松は救急システムが稼働しているため「どこにも行けない」人が出る可能性は少ない（が、今後の入院病床の不足などから予断は許さない）。「ずっと見てもらっていたところで見てもらえる」ために、以下の個々の工夫が考えられる。

- ①医学的問題であれば、拠点病院が断らない時間に受診する（日中の受診を促す）。日中でも断られたら OPTIM リンクスタッフに直接連絡して院内で動いてもらう
 - *夜間は救急すべてを断っている場合もあり仕方ない場合もあるが、救急で受診した場合には、患者・家族に「主治医から入院可能という話をきいている」と救急担当医に話をしてもらうように指導する。または、退院カンファレンスの時の申し送りシートを患者・家族に持たせて、「緊急時入院」とかいてあるものを救急担当医に見せるようにする
- ②介護的問題であれば、ホスピスの在宅支援用ベッドを使ってみる
- ③OPTIM の連携担当者同士で情報共有をして療養病院などを探す
 - ・上記で1年間やってみて、だめなら、施設、療養型病床に声をかけてみる（未定）

H 夜間・出張不在時の対応、緩和ケアで患者が困った時の対応、診療所医師の確保

【昨年までに分かったこと】

浜松市の死亡がん患者数は 2100 名。イギリスや国内の在宅緩和ケアの進んだ地域が約 20%を在宅で見ていることから考えて浜松地域には年間 400 名ほどの在宅がん患者のニーズがあると推測される。現在の診療数は、在宅特化型診療所 1 ヶ所（110 人/年）、がん患者の在宅死が可能な通常型診療所 10 ヶ所程度（5 人/年×10=50 人/

年)で合計160人/年を診療していると推測される。今後、特化型診療所が300人/年が可能な見込みと仮定すると、通常型診療所が20カ所に増加すれば400人/年の診療が可能になる。これは「目標」ではなく、患者の希望と国際的趨勢、がん患者数の絶対的な増加から考えた予測である。

昨年までに、浜松では、以下のような課題が報告されている。

- 長期休暇や出張の間、代行の医師がきまらず、相談相手がいないことがある。診療所からすると個人的なつながりだと休暇を取りたい時は同じ時期のことが多く、相手を見つけられないことがある
- 患者が疼痛などで困っている場合に病院の緩和ケアチームに相談してほしい
- 病院の合同カンファレンスに参加して、顔合わせをなるべくしてほしい
- 「往診」で了解して在宅診療になったが、いざ往診になると対応できない(通常診療のため)。また、事業所が先に決まっている場合、事業所と連携のしやすい診療所がいいが、その診療所は往診をしていない。あるいは、特定の診療所しか選択することができない状況(医療処置が多い、住所が遠いなど)で依頼したが、患者と診療所医師の「うま」があわなかったなど、絶対数として往診のできる医師が限られている
- 術後フォローなど比較的落ち着いている人を病院で多数みている数が多くなっている。診療所と連携して診る体制を構築することにより、病院は外来の負担を減らして重症の入院対応に時間を割くことができ、診療所は先々在宅緩和ケアが必要になる可能性のある患者と早くから信頼関係をつくるきっかけになる

【方針】

医師会在宅部会で以下の検討をinformalに依頼する

- 1) 往診を引き受ける場合に夜間・出張不在時の代診医への対応が可能かご検討いただきたい
(診療所との連携という方法も個別に前向きに検討いただきたい)
- 2) 緩和ケア・疼痛などで患者の苦痛が生じた場合、紹介もと病院医師、病院の緩和ケアチーム医師に連絡をいただければ対応に努力する。紹介医師がいない場合は、聖隷三方原病院がんサポートセンターに連絡いただければ、疼痛緩和の助言について、可能な限り対応します
- 3) 今後在宅診療の機会が全国的に増えると思われるため、負担を減らして在宅医療を推進するために一人でも多くの診療所の先生方ががん緩和医療への参加をお願いしたい。そのため、Dr ネットなど、負担を少なくして往診が可能となるといわれている診診連携システムに関心を持っていただければと思います
- 4) がん患者の病診連携(ダブル主治医にする、抗がん剤投与は病院、フォローは診療所など)を検討していく必要がありそうである

I がん患者パスウェイの作成

【昨年までに分かったこと】

OPTIMで地域連携についてディスカッションを重ねるなかで、地域の医療福祉従者が多職種で顔を合わせる機会がなく、他職種の役割を十分に把握できていない状況が明らかになった。療養の場が変化していく時に、誰が誰に、何をを使って、何を伝えていけばよいのか、どんなケアや連携が必要なのかがイメージできづらいこともわかってきた。

【方針】

切れ目ないケアを提供していくために、各職種の役割や連携方法を可視化し、理想的なケア・連携がわかる「がん患者パスウェイ」を作成する。

J 在宅の終末期がん患者に対する救急隊の対応

【昨年までに分かったこと】

在宅療養中に亡くなりそうな患者や亡くなった患者を病院まで搬送する場合、救急隊との間で混乱が起きる場合がある。このような患者を搬送する場合の対応について、浜松市では特別な取り決めはない。地域によっては、取り決めを行っている自治体も存在する。

【方針】

浜松市に、OPTIM から、終末期がん患者が救急搬送された場合の入院の医学的適応について明文化することができるかを打診する。1) 亡くなりそうな患者を蘇生せずに病院に運ぶ、死亡した患者を蘇生せずに病院に運ぶ、ことが特定の条件で（患者の意思表示書、主治医の指示書など）可能になるか聞いてみる。

OPTIM浜松2009年度 スケジュール表

	概要	4月	5月	6月	7月
緩和ケアの 技術の向上	緩和ケア講習会 (4拠点病院合同事業)	浜松市内すべての病院・診療所の医師を対象に緩和ケアに関する講習会を行います。 お問い合わせ先：がん診療連携拠点病院	がん診療連携拠点病院★ 医師緩和ケア研修会 17(日):浜松センター 24(日):聖隷三方原 31(日):聖隷浜松	がん診療連携拠点病院★ 医師緩和ケア研修会 7(日):浜松医大 14(日):聖隷三方原 28(日):聖隷センター	がん診療連携拠点病院★ 医師緩和ケア研修会 5(日):聖隷浜松 12(日):浜松医大
緩和ケアの 技術の向上	緩和ケアセミナー 講演会	地域のすべての医療福祉従事者を対象に緩和ケアについてのセミナーグループに分かれて、いろいろなテーマの事例検討やロールプレイを行います。 どなたでも参加いただけます。 お問い合わせ先：OPTIM浜松事務局	＜OPTIM多職種地域カンファレンス＞ 4/11(土) 13:30-17:00 ①OPTIM ②事例検討 ③地域ごとの話し合い 聖隷三方原病院 大ホール	＜講演会＞ 6/6(土)10:00-15:00 「退院支援」 京都大学医学部附属病院 退院調整看護師 宇都宮 宏子先生 ①講演 ②事例検討 宇都宮先生を囲んでノウハウ会 アクトコンングレンスセンター 41会議室	＜講演会＞★ 7/10(金) 18:45-21:00 「がん患者の心のケア」 名古屋市立大学大学院 准教授 明智 龍男先生 アクトコンングレンスセンター41 会議室
連携の促進	連携ノウハウ共有会	地域包括支援センターのブロックごとに、地域のがん在宅緩和ケアの課題と解決策を話し合います。 どなたでも参加いただけます。 お問い合わせ先：OPTIM浜松事務局	＜連携ノウハウ共有会＞ 5/13(水)19:00-20:30 聖隷三方原病院 看護第4 会議室	＜連携ノウハウ共有会＞ 7/18(土) 14:30-16:00 聖隷三方原病院 看護第4会 議室	＜連携ノウハウ共有会＞ 7/18(土) 14:00-14:30 聖隷三方原病院 看護第4会 議室
専門家による 診療の提供	OPTIM企画ミーティング	組織的問題を共有できる団体の要職にある方と現場の医療福祉従事者が集まってOPTIMの企画をしたり、各団体の情報を共有する会です。 参加はOPTIMからお願いさせていただきます。 お問い合わせ先：OPTIM浜松事務局	＜緩和ケアチーム合同CF＞ 5/20(水)19:00-20:30 聖隷三方原病院	＜OPTIM企画ミーティング＞ 7/18(土) 14:00-14:30 聖隷三方原病院 看護第4会 議室	研究支援特化型診療所医師によるアウトリーチ 7/16-18
患者・家族に対する 適切な知識の提供	アウトリーチ	リーフレット・小冊子の配布、ポスターの掲示、緩和ケアを知る100冊の設置(ハネル)	＜緩和ケアチーム合同CF＞ 5/20(水)19:00-20:30 聖隷三方原病院	アウトリーチ 6/24(水)	研究支援特化型診療所医師によるアウトリーチ 7/16-18

★ OPTIM以外の主催

8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
<p><緩和ケアセミナー> 8/19(水)18:45-20:45 「がん疼痛治療のオピオイドの使い方と看護のコツ」(小グループディスカッション・事例検討) 聖隷三方原病院 大ホール</p>	<p><緩和ケアセミナー> 9/9(水)18:45-20:45 「スピリチュアルケアと精神的ケア」(小グループディスカッション・事例検討) 聖隷三方原病院 大ホール</p>	<p><緩和ケアセミナー> 10/14(水)18:45-20:45 「看取りのケア」(小グループディスカッション・事例検討) 聖隷三方原病院 大ホール</p>	<p><OPTIM多職種地域カンファレンス> 11/14(土) 14:00-17:00 ①OPTIM ②事例検討 ③地域ごとの話し合い 聖隷三方原病院</p>	<p><緩和ケアセミナー> 12/2(水)18:45-20:45 「患者さんの治療と看護のコツ」(小グループディスカッション・事例検討) 浜松医療センター</p>	<p><講演会>★ 1/27(水)18:45-21:00 「スピリチュアルケア」 浜松ノートルダム女子大学 教授 村田 久行先生 アクトコングレグレンスセンター41 会議室</p>	<p><浜松緩和ケア研究会>★ (未定) <お問い合わせ先> 浜松緩和ケア研究会</p>	
	<p><連携/ワハラ共有会> 9/9(水) 19:30-21:00 聖隷三方原病院 大ホール</p>	<p><連携/ワハラ共有会> 10/17(予定) <お問い合わせ先> 浜松緩和ケア研究会</p>		<p><連携/ワハラ共有会> 12/16(水) 20:00-21:00 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>		<p><OPTIM企画ミーティング> 12/16(水) 19:00-20:00 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>	
	<p><OPTIM企画ミーティング> 9/2(水) 19:00-20:30 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>			<p><OPTIM企画ミーティング> 12/16(水) 19:00-20:00 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>	<p><OPTIM企画ミーティング> 1/13(水)19:00-(予定日) 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>	<p><OPTIM企画ミーティング> 2/10(水)19:00-(予定日) 聖隷三方原病院 看護第4会議室</p>	
<p><緩和ケアチーム合同CF> 8/26(水) 19:00-20:30 聖隷浜松病院</p>	<p><緩和ケアチーム合同CF> 9/16(水)</p>	<p><緩和ケアチーム合同CF> 10/28(水)</p>	<p><緩和ケアチーム合同CF> 11/18(水) 19:00-20:30 場所未定</p>		<p><緩和ケアチーム合同CF> 2/17(水)19:00-20:30 浜松医療センター</p>	<p><緩和ケアチーム合同CF> 2/24(水)</p>	<p>アクトリーチ 3/24(水)</p>
<p>アクトリーチ 8/26(水)</p>	<p>アクトリーチ 9/16(水)</p>	<p>アクトリーチ 10/28(水)</p>	<p>アクトリーチ 11/25(水)</p>	<p>アクトリーチ 12/9(水)</p>	<p>アクトリーチ 1/27(水)</p>	<p>アクトリーチ 2/24(水)</p>	<p>アクトリーチ 3/24(水)</p>
	<p>市民講演会9/26(土)★ 催しはままつ21</p>						

平成 20 年度 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 地域委託 報告書

(所属) 社団法人 長崎市医師会長

(氏名) 野 田 剛 稔

1. 緩和ケアの標準化と継続性の向上について実施した内容 (別添 1 参照)

協力施設へステップ緩和ケアガイド、地域連携ガイドを配布した。
医療者教育として講習会、講演会、ワークショップを開催した。
講習会の質の向上のため及び受講者のニーズを調べるためアンケートを行った。

2. がん患者・家族・地域住民への情報提供 (別添 2 参照)

協力施設へポスター、リーフレットを配布し、設置依頼を行った。
がん診療連携拠点病院、ホスピス病棟を持つ病院、長崎市立図書館に緩和ケアを知るための 100 冊を設置していただいた。
市民健康講座、自治会への説明会を開催した。
市民からのがんに関する相談を受けた。

3. 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション (別添 3 参照)

がん診療連携拠点病院で行われる各種カンファランスへ参加し、意見交換を行った。
各種調整会議を開催した。
地域カンファランスを開催予定。

4. 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供 (別添 4 参照)

地域緩和ケアチームを設置し、診療所・病院にアウトリーチ、および、地域緩和ケアチームによる相談を行った。

5. 長崎地域における緩和ケア普及のための地域プロジェクト認知度調査 (別添 5 参照)

一般市民対象アンケート 長崎市医師会市民健康講座 (平成 21 年 2 月 7 日、3 月 7 日)
医療者対象アンケート 長崎市医師会 A・B 会員 (平成 21 年 3 月 6 日発送)

① リンクスタッフのための講習会(医師向け) 受講証発行

第1回 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」研究説明・・・

平成20年1月9日(野田先生、藤井先生、白髭先生)

参加者：診療所医師、病院医師 104名 ※リンクスタッフ、多職種合同開催

第2回 「緩和ケアと地域連携」

平成20年1月16日(富安先生 加藤先生、出口先生、中尾先生、北條先生)

参加者：診療所医師、病院医師 119名

第3回 「がん患者・家族とのコミュニケーションと精神症状のコントロール」

平成20年1月23日(中尾先生 講師：中根先生)

参加者：診療所医師、病院医師 130名

第4回 「症状緩和～がんの痛みのメカニズムと診断、治療」

平成20年1月30日(富安先生 北條先生)

参加者：診療所医師、病院医師 120名

第5回 「がんの進行と消化器症状」

平成20年2月6日(中尾先生 講師：富安先生、出口先生)

参加者：診療所医師、病院医師 125名

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

医療者教育



リンクスタッフ(医師)在宅医講習会アンケート(H20.2.6)の一部 「内容について不十分であった点、今後講習会で取り上げて欲しい点、 その他ご意見があればご記入ください」

- ・鎮痛補助薬、再薬についての具体的な使用法を具体例をあげて実態に即した講習をしてほしい
- ・ちょうど良かったと思います。
- ・事前に資料を配って、目を通して講義を受けた方がbetterでは。
- ・フレーストでなくポストテストにして、6割以上の点数を取ったものに研修終了証を出した方がいい。
- ・演者のDr.ならびにサポートスタッフの首肯ありがとうございます。
- ・実地(ケースレポート)を中心に詳しくお願いします。
- ・実際のケースを取り入れての具体的な扱いについての内容があればと思います。
- ・薬の使い方を具体的に教示ください。
- ・在宅での輸血に関して。
- ・症例を通して、経験を共有できるような講習会を組んでいただけるとありがたいです。

② リンクスタッフのための講習会(多職種向け) 受講証発行

第1回 緩和ケア ～長崎のどこでどのような取り組みが広がっているか～

2月13日(水) 19:00～20:30 長崎市医師会館 7F 講堂

講師：大木 芳江先生、後藤 慎一先生、安中 正和先生

参加者：230名(医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ヘルパー、管理栄養士、臨床心理士他)

第2回 がん患者さん・ご家族とのコミュニケーション

～言って欲しいこと、言っていないこと～

2月20日(水) 19:00～20:30 長崎市医師会館 7F 講堂

講師：吉田 美也先生、長浦 由紀先生

参加者：260名(医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ヘルパー、管理栄養士、臨床心理士他)

第3回 医療用麻薬を誤解していませんか？

2月27日(水) 19:00～20:30 長崎県医師会館 2F 講堂

講師：上岡 保仁先生

参加者：270名(医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ヘルパー、管理栄養士、臨床心理士他)

2月27日にアンケート実施：回答者46名(回収率59.3%)