

- ・ 緩和ケアサポートセンターでのがん患者への効果的な介入方法が確立していない。
- ・ 介入方法として、スクリーニングされた患者に対してサポートセンターの看護師が出向き、緩和ケアの説明や相談方法などの説明を行う、入院の案内パンフレットと一緒に緩和ケアについてのパンフレットの作成などを今後検討する予定である。

表：退院支援調整プログラムに関する緩和ケアサポートセンターの見解

退院支援調整プログラム		
事象	解釈	ノウハウ 解決策
退院カンファレンスの開催日が、退院間近いになることが多く、関係者に十分な情報が伝わらない。 (SC 看護師)	・病状がぎりぎりの状態で、退院調整の依頼がある。	・連携室では、患者・家族の情報を把握し関係者に伝え効率的なカンファレンスを行う。(処置、家族状況等)
カンファレンスの時間が長い。 (60分を要する) 目標 30分。 (SC 看護師)	・問題点が、不明確のままのカンファレンスになっている。 ・退院シートを全部読んでいる。	・事前にある程度、関係者には情報を伝えておく。 ・連携室の MSW・看護師は、状況を判断し、問題点を抽出しておく。
(病院、在宅) 医師より、退院カンファレンスに参加するのは面倒だの意見がある。 訪問看護師に情報を得るので、カンファレンスには参加したくない。 (在宅主治医の声)	・カンファレンスの必要性が、感じられない。	・緩和ケア担当医より、電話で病状説明を行ってもらい、2回目以降は、出席を考慮する。
基本的に、かかりつけ医に依頼しているが、在宅主治医の緩和に対する経験が少なく、訪問看護師の負担が大きい。(訪問看護師からの情報)	・患者からの第一報が、訪問看護師へと依頼する診療所が多く、訪問看護師の判断に委ねられている。 ・訪問看護師から、連携室への問い合わせも多い。	・在宅主治医が経験を積む。 ・緩和ケア担当医に、相談できるシステム構築。
ケアマネが、苦勞してプランを立案しても患者が退院できない、退院期間が2～3日で死亡となると、ケアマネの収入に繋がらない場合がある。(ケアマネからの声)	・病状がぎりぎりの状態で、退院している。	・早めに、患者意向の把握と退院調整し、退院に向ける。

表：退院アセスメントシートに関する緩和ケアサポートセンターの見解

退院アセスメントシート		
事象	解釈	ノウハウ・解決策
シートを活用している入院棟、そうでない入院棟とばらつきがある。 (SC 看護師)	・開始時期が異なるので、仕方がない。	・各入院棟ごとに、評価していく必要がある。(定期的に)
シートの活用と定期的なラウンドを実施したことで、退院・施設入所がスムーズだったケースがある。 (SC 看護師)	・定期的なラウンドにより、その場ですぐに、アドバイスが受けられるためと思う。	・今後も継続する予定。
シートの記入漏れ、在宅支援の有無のチェックがないことがある。	・運用、活用、記入方法等が、明確でないためと考える。	・運用、活用、記入方法について明確にしていく。
シートの字が、小さく記入しづらい。(病院看護師の声)	・字が小さい、チェック項目も多いためだろう。	・シートの見直しが必要。

■2009年 平成21年度緩和ケアリンクナース委員会運営計画

- 目的：1.臨床場面において、緩和ケアに関する知識・技術を習得し、看護実践に活かせるようにスタッフの支援を行う
 2.緩和医療委員会と情報を共有し連携を図る

【緩和ケアリンクナースの役割】

- (1) 退院支援・調整スクリーニングをする。
 - ・在宅療養希望の有無・問題点の把握
 - ・がん患者・家族の方向性、意思確認と医師の方針を確認する
 - ・退院に向けてのケア指導とチェック
- (2) 問題を抱えているがん患者について、主治医や入院棟 Nr で情報交換し PCT に依頼する
- (3) 緩和医療委員会、緩和ケアリンクナース委員会の決定事項を周知徹底する

【年間目標・具体策】

- 目標： 1.緩和ケアの知識が深まり、入院棟スタッフと共に看護実践ができる
 2.リンクナースが中心となって、患者の退院支援ができる

- 具体策：1.庄内プロジェクト、PCT 介入患者のケアを振り返り共有する（担当者を決めて、事例をまとめ発表する）
 2.退院支援・調整スクリーニングの運用について検討する
 - ・5月下旬に退院支援調整の意識調査の予定（病院看護師対象）
 - ・来月の主査会議で今後の運用方法を報告
 予定：モデルケースとして、2入院棟に限定し6、7月に実践、8月評価
 その間、他入院棟は従来スクリーニングシートを活用する
- 3.スキルアップ研修会、緩和ケア学習会に積極的に参加する

退院支援調整スクリーニングシートについて

- ・目的を知って十分に活用していない状況なので、内容・方法の評価ができない
- ・がん患者がいない入院棟の場合はどうするか？
- ・がん患者以外にも退院支援調整は必要。がん患者以外の患者のスクリーニングをしてどうだったかの評価をしてもいいのではないか？

■2009年5月

第2回緩和ケアリンクナース委員会

各入院棟の退院支援調整についての問題点と解決法（ディスカッション）

問題点

- ・退院後、老老介護。患者は、介護者を心配して退院は勧めないでほしいと希望する。
 家族皆が働いているので、介護者がいない。独居が多い。家族は、入院していることで安心している。患者の状態について、入院前の状態より回復して退院してほしいと家族は希望している。家族の意識を変えるのは難しい。（退院のゴールが高い）
- ・医師の治療に対する見極め、打ち切りの部分が弱い（リスクのある患者は退院させない）
 医師は、治療のみで患者の生活状況まで目が届かない。
- ・看護師は、在宅のイメージがつかない。医師との話し合いや情報の共有の場が少ない。

解決法

- ・入院時に治療のゴールを主治医に確認していく。
- ・医師の入院時の説明、治療方針を明確にしてほしい。
- ・看護師が退院支援に必要な情報を収集し、主治医に情報提供していく。
- ・カンファレンスやミーティングを利用して、医師の治療方針を確認していく。
- ・転院先で、どんなことができるできないのリソースがほしい。

■2009年7月

- ・7/6、7、27、28、30の5日間 訪問看護同行訪問実施（資料50）

表：緩和ケアリンクナースに関する緩和ケアサポートセンターの見解

緩和ケアリンクナース		
事象	解釈	ノウハウ・解決策
リンクナースのメンバーは、入院棟でリーダー的な存在のスタッフを選出した。問題提起や意見交換が活発になった。（看護師 富樫）	・立場上、役割意識をもって取り組むのだろう。	・入院棟に周知するには、リーダー的な存在が望ましい？
PCT 看護師がいる入院棟に、リンクナースはいらないの意見がある。（リンクナースの声）	・1つの入院棟に、同じような役割はいらない	

【診薬連携】

【病診連携】

・保険薬局の薬剤師からの意見

退院カンファレンスに保険薬局の薬剤師も呼んでほしい。

カンファレンスで、今後の病状の変化等を共有すると、在宅医や訪問看護ステーションと連携をとりながら適切な医療麻薬の準備や薬剤指導という点で保険薬局薬剤師が貢献できる。

・病院医師からの意見

麻薬のレスキューを病院で処方し、患者は院外処方で受け取っていた。医師が一日の使用回数を患者に説明していたが、保険薬局薬剤師から医師からの説明よりも少ない回数説明を受け、患者は保険薬局薬剤師の指導に従い、痛みを我慢していたケースがあった。

2009年11月から荘内病院では、初回麻薬患者や医師の指示のあった患者に対して、個別に麻薬についての説明を開始した。

(2) 考察

麻薬の説明について、医師の限られた時間での説明は患者に十分理解できるまでには至っていないと考えられ、薬剤師の個別の補足説明が必要である。また、保険薬局では、医師の説明や患者の状況が把握できていないため、連絡ノートのような物があると連携できるのではないかと。「わたしのカルテ」の活用も一方法である。

3) 私のカルテ

(1) プロセスの記述

- 荘内病院

2008年4月

まず患者・家族と医療者の情報共有ツールとして運用を開始した。「庄内プロジェクト」対象患者、つまり退院し自宅で療養を始めるがん患者・家族に「わたしのカルテ」を渡すようにした。患者自身に告知をしておき、患者もしくは家族が記入することができることを確認するようにした。既存の地域との情報共有手段（Net4U）があるため、医療者間の連携ツールとしてのニーズは低いと、含まれていない医療福祉従事者もいるため、部分的に使われている場合もある。

2009年4月

退院カンファレンスをした患者のみに手渡していたが、対象を広げ、外来化学療法中の患者にも手渡すことにした。

- 協立病院

入院中の患者を対象に、アルゴリズムに沿って配布。「カルテ」という文言が誤解を生む可能性があるため、わたしのカルテの「カルテ」の文言の上に「療養日記」というテプラを張って、運用している。中には「生活のしやすさの質問票」をはさみ、入院中から患者教育の一環として利用を推進している。

- 鶴岡薬剤師会に、わたしのカルテを紹介。地域でわたしのカルテを運用するにあたり、薬剤師会として協力を得た。

2009年10月

「わたしのカルテ」を持参している患者から、「歯科受診しているが歯科医院にも持参して良いか」との訴

えがあった。そこで、鶴岡地区歯科医師会と東田川郡歯科医師会の会長を通し、説明会の申し入れを行ったところ、2カ所の歯科医師会とも協力的であった。

鶴岡地区歯科医師会43名（会員53名）、東田川郡歯科医師会15名の参加があった。

定例会議日の19時から15分間の時間、参加者には緩和ケアのリーフレットと冊子、啓発のシャープペンシルを持参し、サポートセンター長が説明した。（資料51）

質問の中に、わたしのカルテに検査結果をはさみ込むとの説明に「感染症を教えてほしい」「対応時のプライバシーをどう確保するか」などの質問が出された。

協立病院運用の方法

鶴岡協立病院 および 附属クリニックでの

「わたしのカルテ」（療養日誌）運用のお知らせ

●「わたしのカルテ」と「療養日誌」の違い●

本人への「告知の有無」により異なります。「療養日誌」は主に患者本人ではなく同意された家族にお渡ししている連携ツールです。使い方には違いはありません。

平素はお世話になっております。

「わたしのカルテ」および「療養日誌」は患者様にかかわる医療（介護）スタッフが患者様の情報を共有することにより、より安心できる医療を提供するために活用いたします。療養の希望や、感じていること、病状の変化などを伝えるために役立てていただきますので、「わたしのカルテ」を提出された際にはご活用をお願いします。

使い方は以下のようにお伝えしています。

「わたしのカルテ」は患者様自身の情報を記録するファイルです。

1、患者様自身の必要な情報を書き込みます。

わたしのプロフィール・・・かかっている医師、病名など

わたしが大切にしていること・・・治療上の希望など

わたしの療養記録・・・診療経過、緊急時の対応など

2、医療機関などからもらったものをはさんでおきます。

病院で渡されるもの・・・検査データ、病状の説明用紙、マテリアル（緩和ケア

に関するパンフレットや資料類）、症状を記入した用紙など

薬局からもらうもの・・・薬の説明用紙

3、記入は、基本的には患者様本人か家族の方が行いますが、時には医療スタッフのほうからコメントを書き込むこともあります。

4、外来受診（臨時、定期）時、他医院受診時、薬局で薬をもらうとき、往診時、訪問看護師の訪問時などに医師や看護師、薬剤師などの医療スタッフ、必要があればケアマネージャーをはじめとする介護スタッフにみせて下さい（あなたが、みせたくなければ、みせる必要はありません）。

・ 注意事項

●医療機関における診療記録の代わりをするものではありません。

●個人情報です。なくさないように保管して下さい。

特に「わたしの療養記録」欄に記載するなど情報の共有のため、積極的に活用ください。尚、活用していく中で、改善すべき点などご意見がございましたらお気軽に鶴岡協立病院 庄内プロジェクト推進委員会までご連絡ください。（電話 0235-23-6115・地域医療連携室）今後ともどうぞよろしくお願いたします。

鶴岡協立病院 庄内プロジェクト推進委員会

(2) 考察

わたしのカルテ配布対象者アルゴリズム

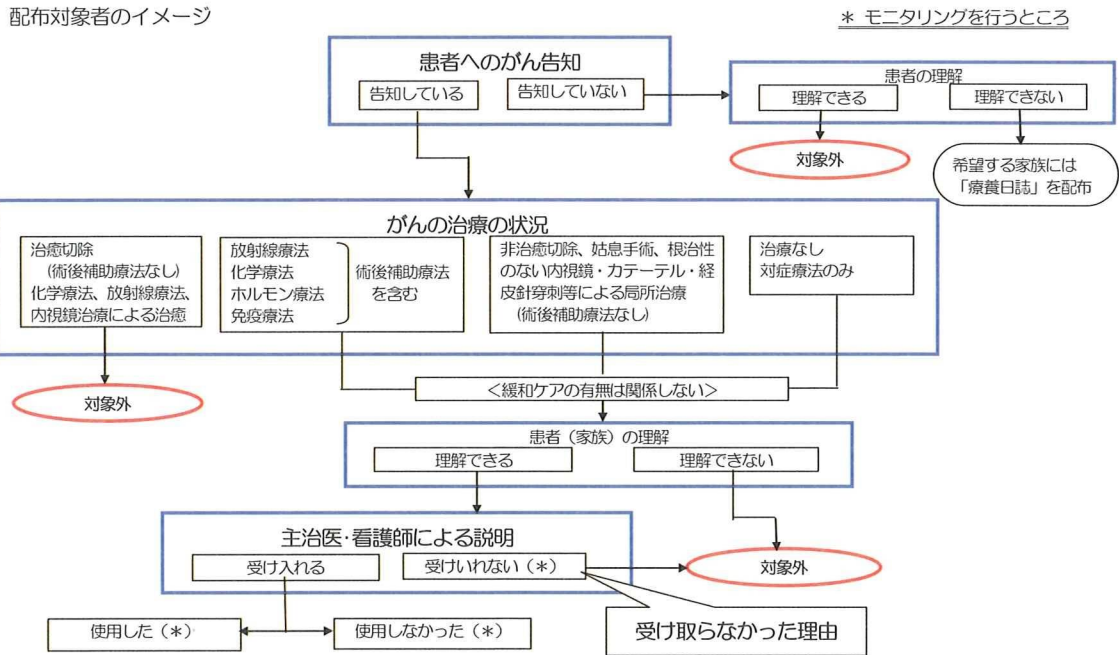


表 : 「わたしのカルテ」

現状・現場の声	解釈	対応・または案
分の気持ち、治療の希望を伝える」ということに積極的な文化ではないので、「わたしが大切にしていること」をあまり使っている人がいない	患者主体の医療には、患者の意向の表明も大事である	■ 期限を決めて実施し、評価したうえで、シートの改編なども検討する
- 大きくてなかなか配れない	サイズ大きすぎるという声もあったが、診療カルテのコピーなどを入れるには、この大きさがいいかもしれない。運用して評価していく。	
もともと、自分なりのわたしのカルテを持っていた患者・家族に渡すと、中には内容をきれいに清書する人がいるので、生真面目な人に渡すとかえって負担になってしまう例もある	自分のノートがある方は、無理に使わないでもよいだろう	
「わたしの療養記録」は何を書いてよいか迷う。点滴をした等、往診医が書いたり、ヘルパーが書いたりして、連絡ノートのように使っている例もあるが、なにを書くのか明確なきちんとした様式がないと書きづらいので、独自のシートを挟んでいる。		
訪問看護ステーション独自で、痛みの状況や食事の状況を書き込める表を挟んで、使っているところもある。毎日訪問が入らない場合、行かなかった日のことを家族が書いていると、何があったかよくわかる。		
「カルテ」とタイトルに書いてあるため、ヘルパー等、福祉スタッフが書き込みにくい。	情報共有ツールにカルテというタイトルは適当ではないかもしれない。	■ カルテ→療養日記 協立病院では「カルテ」の上にてプラで「療養日記」とし運用している場合もある

現象	解釈	ノウハウ・解決策
- 退院前カンファレンスに緊急連絡先と、どのような時にれんらくしたらよいかを明確にするようにしたところ、患者・家族からは、「安心した」という声が多く聞かれている。	緊急連絡先の明確化は、患者・家族の安心につながり、また地域医療福祉者の対応もスムーズになる。	1) 緊急連絡先、2) どのような事態の時に連絡するかを明確にすることは、患者・家族の安心感につながる。
- 自宅退院した患者が救急で病院を受診するときに、わたしのカルテを救急隊に見せるとプロジェクトの患者だということが伝わるようにしている（搬送先の確認がしやすくなる）。 - 受け入れ先の医療者もわたしのカルテをチェックするようにしている（地域連携室）	患者、家族が、情報を書き込むことに抵抗がある様子。医療者もふくめ、運用に関して、どう啓蒙していくかが課題	■運用方法の標準化と啓蒙 地域として、組織として、どう運用するかを明確にし、周知していく。 ■評価 半年に一度、SCが地域の運用に関する評価をする
「希望の欄に何か書いておいたら、医師からコメントもらえるの？」と聞かれることがあり、何と答えてよいか困る (地域連携室)	どう運用するかを地域としてある程度標準化し、浸透していく活動が必要 誰と誰が、どんな目的で、何の情報共有をしたいのかが明確にならないと、情報共有ツールとしては、うまく機能しないのではないか？	

麻薬の処方箋一枚持って調剤薬局に患者が来ても、告知がされているのかどうか、がん種や部位、どんな治療を受けているのかなどの情報もなく、適切な服薬指導ができないことが問題になっている。病院・診療所と調剤薬局の情報共有ツールとしてわたしのカルテを運用できる可能性が示唆されたが、Net4Uを活用し情報共有が可能であれば、わたしのカルテは不要になるかもしれない。地域として、どうしていくかをディスカッションする必要がある。

■2009年度の活動への示唆

- 患者がどんな鞆で受診にくるのか観察してみた→ウエストポーチが多く、また高齢者は大きなバッグは持たない→エコバッグの作成の検討（薬を入れられる + エコ!）→ 協立でトライアル：エコバッグ作ってみる
- 「見せてください」という医療者の声かけが大事なので、運用手順を作成し院内の周知徹底していく。院外の複数機関への働きかけも大事だと思うので、院内で運用しながら、ケースを通して啓蒙していく。
- 使用目的の明確化：関わる医療者がみながん患者に関する共通の情報をわかるようにしたい。ご本人の意向に沿うようにするために記入をお願いしたい。
- 患者への説明のしかたも統一する。
 - ・ どこへ行く時も持って行ってくださいね。・ 日々の状況を記入してくださいね。

■2009年6月

「わたしのカルテ」「生活のしやすさに関する質問票」を使用しての意見（外来看護師）

- ・ 入院中に、「生活のしやすさの質問票」を活用しながらPCTが関わっていたのに
- ・ 外来での主治医は活用してくれない。カルテを開こうともしない。
- ・ 「わたしのカルテ」のみが（自宅から病院へ）移動しているのみで、中味はまったく
- ・ 充実していない印象を受ける。医師への指導を徹底してほしい。
- ・ カルテが大きすぎてバックに入らない。カルテを入れるためにバックを買った患者がいた。
- ・ このカルテを全患者が、持っているわけではないので、患者に「カルテをみせて下さい。」と声を掛け、患者がカルテを取り出そうとした際、周囲の患者の目が集中してしまう。
- ・ 患者は「生活のしやすさの質問票」を一生懸命に記載してくる。その中で問題な点を

- ・ 主治医に報告するが、対応してくれない。患者の問題に、対応できないジレンマがあり、どこに相談したらいいのかわからない。
- ・ 主治医に、外来患者の緩和ケア依頼を相談したが、緩和ケア依頼は入院しないとできないと言われた。
- ・ 外来患者で、緩和ケア依頼をしたい時はどうしたらいいのか？
- ・ 緩和ケア外来の活用になると思うが、主治医の復巻がないと無理？だろう。
- ・ がん患者は、入院中の患者よりも圧倒的に外来の患者の方が多いので、外来通院中に緩和ケアが受けられる体制を作ってほしい。早い時期から緩和ケアが必要と言っている割には、ケアが提供されていない現状である。

■2009年8月6日

- ・ 「わたしのカルテ」の使い方に関する患者インタビュー調査について、趣意書に沿って説明し同意を得る。

■2009年8月18日

- ・ インタビューを開始する。インタビューを拒否した患者の理由には「録音されるのが嫌だ」「上手に話せない」「活用していないので答えられない」「体調が悪い」だった。
- ・ インタビューから得た情報：カルテに記入しても、主治医が読んでいるかどうかわからない。
- ・ カルテの大きさに対しては、大きくてバックに入らないやA4の検査データを閉じこむので、丁度良い等。検査データを閉じこんだり、自分で記入したりすることで記録として残るため役に立っている。ファイル替わりに使用している。家族もカルテをみることで、患者の経過が分かる。

(4) 地域カンファレンスの開催

(1) プロセスの記述

平成20年度 事例を通して地域の問題解決を目的に実施した。

第1回 地域カンファレンス (資料52)

平成20年6月28日(土) 13時~14時10分 荘内病院講堂

荘内病院：和泉先生、渋谷主幹、長谷川係長、佐藤係長、佐藤主任、阿部看護師
富樫看護師

医師会：中目先生、岡田先生、高橋牧郎先生

訪問看護ステーションハローナース：本間看護師

訪問看護ステーションきずな：佐藤所長、石川看護師

協立病院：佐藤看護師、土門看護師、佐藤看護師、伊藤看護師、瀬尾

斎藤胃腸病院：太田看護師、小野寺看護師、長谷川看護師、牧看護師

宮原病院：岩崎看護師

計23名

(1) 在宅主治医の容態悪化時往診についての確認

- ・ 患者・家族が過度の期待感を抱えないように、往診医が往診できる範囲の確認を退院調整カンファレンスで行い、緊急対応が必要な時は荘内病院に搬送。
- ・ 往診ができる医師に依頼してはどうか？
往診ができる医師のみに集中して、対応しきれなくなるだろう。
外来診察中に往診を依頼されたら直ぐには対応できないのが現状であり、ただ単に往診ができないことを責めるのは問題。

在宅期間が短いと医師と患者・家族との信頼関係を築くのは難しい。在宅期間 3～6ヶ月が望ましい。信頼関係ができていれば、診察後や何時頃に往診に行くでも大丈夫になっていくだろう。

- ・地域診療医師の間で、往診に対する意識に温度差があるので、時間を要すると思うが少しずつ広めていく必要がある。プロジェクト対象患者のかかりつけ医師が、初めて行う場合、今まで通り中目医師から依頼して頂く。2回目からは、緩和ケアサポートセンターで依頼していく。

(2)退院日から初回訪問看護かでの契約と連絡体制について

- ・家族へ緩和ケアサポートセンターの相談時間、訪問看護師へ相談できる日程の説明不足があった。どこに相談したらよいかの窓口を明確にしていくこと。
- ・金曜日に退院調整会議を行い、初回訪問が週明けの予定になると土・日の対応が荘内病院になる。(在宅での看取りを希望している患者の希望に沿えない可能性がある。)
在宅の看取りは、往診医師の受け入れ体制が整って入れば、訪問看護師がいなくても問題はない。
土・日の初回訪問が可能なのか、今後検討していく。(訪問看護ステーション、ハローナースより)

(3)告知されていない患者のプロジェクト介入はどう考えるか

- ・プロジェクトの対象患者の条件は、告知されている患者になっているので、今まで通りの対応がよい。
- ・告知されていない患者に対して、プロジェクトの介入はできなくても緩和ケアの提供は必要であり、状況に応じて相談にのることが大切。
- ・告知されていない患者の家族にもプロジェクトの説明を行っており、説明に時間を要している。
診療の場でも、がん患者への説明や対応にかなりの時間を要している。今後さらに相談が多くなってきて大変だと思うが、手間暇をかけて対応してほしい。

(4)告知されている当院外来通院中、患者の緩和ケア外来の治療希望患者について

- ・外来通院中のがん患者（肺癌）で、緩和ケア外来の治療希望があった。
鈴木医師から主治医へ、庄内プロジェクトの説明を患者に行ってよいか依頼し、同意を得る。今後、緩和ケアサポートセンターで説明を行う予定でいる。
- ・病院の現状として、庄内プロジェクトについての理解がまだ不十分なので、鈴木医師から主治医に依頼して、同意を得ている状況。

(5)事例検討会の時間と日程について

- ・今回は、関心のある方の出席を募ったが、次回からはどうしたらよいか
往診医師や看護師、ケアマネージャーにも参加要請をして、在宅での患者・家族の状況を情報共有する場を設けた方がよい。
- ・時間と日程は、今回のように土曜日、外来診察の休憩時間の方が出席しやすい意見があったので、次回も同様の時間、日程を計画する。
- ・事例検討会の内容は、現場のスキルアップのために、一つの事例に対して検討してはどうか？
スキルアップ研修会で、事例検討会を企画した方が現場に役立つと思う。
当面、今回のように事例を通しての問題提起に対して、意見交換を行っていく。

第2回 地域カンファレンス

平成20年9月13日(土) 13時～14時30分 荘内病院講堂

医師会：中目先生、土田先生、三原先生、高橋美香子先生

鶴岡協立病院：伊藤看護師 斎藤胃腸病院：太田看護師 宮原病院：岩崎看護師

訪問看護ステーションハローナース：長谷川所長、井上看護師

訪問看護ステーションきずな：佐藤所長 アーチ調剤薬局：金井薬剤師

あかね薬局：篠田薬剤師

ケアマネージャー 鶴岡市農業協同組合：工藤 ニチイ鶴岡みさき：川井 ふれあい：菅原

あおば：石崎 永寿荘：秋葉 温寿荘：本間 かみじ荘：寒河江

荘内病院：鈴木先生 和泉先生 渋谷主幹 長谷川係長 佐藤主任 白峰看護師 阿部看護師

富樫看護師 佐藤久美研究員 佐藤八重研究員

アドバイザー：秋山先生 山岸先生

(1)各病院の動きと課題について

○鶴岡協立病院

- ・従来行っていることをそのまま続けている状況。地域主治医との連携に至らないことが今後の課題と思っている。
- ・進行がん患者全員をピックアップし、その中で「生活のしやすさに関する質問票」を活用している。外来看護師がチェックして、何が問題かを把握しながらケアをしている。

○斎藤胃腸病院

- ・外来通院中の患者で、入院を希望されない方がいる。院内カンファレンスを行ったが、プロジェクトに入るケースなのか迷っている。
- ・プロジェクトに関する質問はない。リーフレット・冊子をみている人はいるが持ち帰る人はいない。

○宮原病院

- ・現在のところプロジェクト対象患者はいない。できるだけ患者の希望に沿った在宅支援を行っていきたいと考えている。
- ・プロジェクトの問い合わせはない。リーフレット・冊子を手にとってみている人はみかけない。

○荘内病院

- ・地域や病院スタッフからの相談が増えつつある。病院全体の緩和ケアに対する認識が薄い。病院全体の理解が得られるような、具体的な啓発方法を考えていく必要性を感じている。
- ・病院内の緩和ケアチームの活動を充実させて、その中から在宅支援へと繋げていきたい。

○アドバイザー

- ・庄内プロジェクトは、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の愛称であると捉えてほしい。研究の目的には、4つの柱がある。①緩和ケアの啓発 ②医療者への教育 ③福祉・介護サービスを利用しながらの在宅療養 ④地域医療機関との連携体制の構築 これを総合してプロジェクトであり、対象となる方々は鶴岡・三川在住のがん患者、家族なので、プロジェクトに入る・入らないと区別することはできない。

ただ、データとして退院調整カンファレンスをした事例をカウントするなどの取り決めは行ってもよいと思う。

(2) 庄内プロジェクト対象患者の振り返り

○病院主治医

- ・在宅療養された患者や家族から、感謝の言葉が聞かれてよかったと思う。ただ、在宅期間が短く地域医療関係者への負担が大きいと感じた。今後は、早い時期からの在宅支援・調整が必要。
- ・在宅期間が短い原因として、医師側のギアチェンジ（治療から緩和ケアへの切り替え）をどの時期に判断するか迷っているうちに、患者の状態が悪化した状況で在宅に移行していること。死ぬための在宅になっているケースがある。在宅主治医との連絡が壁なくできるようになれば、もう少しスムーズに行えるようになると思う。
- ・最期を迎える場所については、患者が希望する場所の選択ができればいいと思う。プロジェクトの介入有無、在宅や病院と最期を迎える場所がそれぞれ違いがあっても、穏やかな最期を迎えている。

○訪問看護ステーション

- ・ハローナース：庄内病院からの7例を受け持ったが、在宅期間が短くて研修で学んできた緩和ケアが、生かされているかが疑問。
- ・きずな：4月からの事例について、資料に基づいての報告。（資料53参照）

○ケアマネジャー

- ・資料に基づいての報告（「入院はしたくない、させたくない。最期は家で迎えさせたい」）
- ・在宅期間が数時間だったので、家族の目の前不安を一つ一つ解消していくのに精一杯だった。慌しい中でも、家族の不安に対応された事に感謝していた。

○MSW

- ・地域の診療所の先生と当院の先生との関わりをもつことで、退院調整が行いやすくなった。患者・家族の面談時、看護師も同席して行うようになり、情報共有とそれぞれの立場での意見交換ができてよいと感じている。

(3) 庄内病院の庄内プロジェクト対象患者の振り返り

- ・鈴木先生より報告

(4) 「わたしのカルテ」の改善点について

- ・鶴岡協立病院：カルテの使用を開始している。説明は病棟スタッフが行い、使い方は患者・家族に任せている。カルテ内は、自由にメモしやすいように用紙を準備している。
- ・アドバイザー：2月のワークショップの時にいろいろな意見を提示してほしい。

○アドバイザー

- ・庄内プロジェクトの目標は、①患者の希望する場所で安心して最期を迎えられる ②早期から緩和ケアが受けられること。うまくいったケースはなぜうまくいったか、うまくいかなかったケースは、課題を整理して多職種で解決策を議論していくことが大事。

・問題点は抽出されているので、それをどう解決していくかを話し合う場を作った方がよい。

第3回 地域カンファレンス

平成20年11月29日(土) 13時～15時 庄内病院講堂

医師会：土田医師、三原医師

斎藤胃腸病院：太田看護師、長谷川看護師

訪問看護ステーションハローナース：工藤所長、本間看護師、佐藤(OT)

鶴岡市農業協同組合：工藤 ふれあい：菅原 あおば：石崎 永寿荘：秋葉

おおやま：阿部 ひだまり：山科 あかね薬局：篠田 みどり町薬局：柴田

庄内病院：鈴木医師 渋谷看護師 長谷川(MSW) 佐藤(MSW) 阿部看護師

佐藤八重研究員 富樫看護師

計22名

議事事項

(1)各施設ケアマネージャーからのご意見について

①病院、診療所に対する意見

意見：病状が変化する度に、サービス内容の変更が発生するわけだが、主治医に現況の照会をするのも結構ストレスに感じることが多い。

予後の問題、苦痛時の対応等について聞きにくい。訪問看護師の介入があるとスムーズ。

☆顔が見えない関係であることが問題なのではないか？

★情報を共有するシステムを構築する必要がある。

・顔が見える関係を作るためにカンファレンスの開催があると一番よい

・ケアマネージャーと主治医とのNet4Uで、連携できるシステムが必要(検討していく)

・電話よりもメールの方が、主治医の診療時間を気にしないで相談しやすいと思う。

→顔が見えない関係のメールのやりとりは、意思が十分伝わらない危険があるので、主治医との人間関係ができてからのほうがよい。

☆対応が困った時は、緩和ケアサポートセンターに相談する。

意見：診断がついた時点から、ケアマネージャーも含めたカンファレンスを開催して頂くと病状の悪化、ADLの変化があった時に対応しやすい。

☆早めに介護サービスの利用を勧めたいと思うが、家族の「末期癌」の診断に抵抗があるので無理に勧められない現状がある。患者、家族の受容がないと難しい。

☆早い時期から、地域で癌患者を支えていくためには、病院と診療所の役割分担を明確にしていくことが必要(今後ますます疾患別のパスの作成が望まれる。病院は治療のみとし、その後からは診療所が中心となって関わる)

②在宅での問題について

意見：在宅でフォローする際に、例えば短期入所(ショートステイ)を利用する場合、オピオイドの内服、座薬などの管理が困難との理由で利用できない例があった。それによって、家族の介護負担が増えることになり、在宅生活の継続が難しい状態になる。

嘱託医の立場からの意見：これまで特老にがん患者はいたが、麻薬を使用しているケースがなかったので、できる・できないの判断は困難。

★各施設に対して、庄内プロジェクトについての説明が不足している。

→説明会が必要なので今後計画していく。

★今後、診療所や各施設のリソースの情報収集を行う予定でいる（麻薬管理等を含む）

→IT 委員会で今後検討していく予定。

★各施設のスキルアップのために、リンクスタッフを選出し育成していくことが今後の課題。

質問：患者への告知がないと庄内プロジェクトのプログラムに沿った介入がないまま退院となる。

その後在宅介護になった場合、疾患に対しての不安や痛みに対しての苦痛緩和をしてあげたいと思うが、その時は緩和ケアサポートセンターに相談することは可能か？

☆プロジェクト介入に関係なく、症状コントロールしていく必要はある。当院では、現在緩和ケア外来を毎週（火）に行っているので利用する方法もある。どのように対応したらよいか
緩和ケアサポートセンターに連絡し相談してほしい。

③退院前カンファレンスについて

意見：退院前カンファレンスの開催が急なので、早めの連絡を頂ければ有難い。

退院前カンファレンスの時、治療の経過・予定・状態についての報告と確認が主と感じ、退院後のサービス利用（訪問看護等）の方向性について、触れて頂くとその後のサービス担当者会議でも参考になる。（担当者会議へ医師の出席が難しいため）

☆退院前カンファレンスの調整で、主治医と在宅主治医との日程調整が難しく、急の開催になることがある。できるだけ「明日の開催」ということのないようにしていく。

☆退院後のサービス利用（訪問看護等）の方向性について、カンファレンス前に患者、家族に会って情報を得ることで立案しやすい。それがないままの出席では、難しいと感じているので、できるだけカンファレンス前にケア計画が立案できるようにしたいと思う。

★在宅でサービスを利用する時の、具体的な料金がわからないので患者、家族へ情報提供ができない。入院より在宅の方がお金がかかる等経済的な問題がある。

→各サービスの提供度合いに応じた治療費の一覧表を作成してみる（ハローナース）

質問：退院前カンファレンスに、退院後利用する予定の介護サービスの担当者が参加することはあるのか？

（可能でしょうか？）

→参加可能です。

④その他（施設から）

質問：「わたしのカルテ」の記入について、体調面や薬変更、レスキューの内服等、何か変化があった時に記入してほしいと言われたが、浮腫や転倒等直接病気と関係のない事についての記入は必要か？

→医療者以外に患者、家族も記入しているカルテなので、病気以外の出来事を自由に記入して頂いて構わない。

質問：有料老人ホームでは、ターミナルの対応が困難なため、入院対応できるのはどのような状態になった時か？

→在宅主治医の判断でよいと思う。

※★は、今後早急に検討が必要な項目。

(2)庄内病院の退院調整の困難例と上手くいった事例について（富樫）

○ 上手くいった事例について

退院調整で、①在宅主治医の選択②留置カテーテルの必要性③在宅での入浴などの困難や介護者である妻の不安が強かった。

・往診医、訪問看護師、訪問リハビリなどの関わりで患者、妻共に穏やかに過ごされている。

退院する前の妻は、状態悪化時は病院にすぐ入院と言っていたが、「ぎりぎりまで自宅で過ごさせた。」

気持ちに変わった。

- ・訪問リハビリでは、脳メタによる見当識障害などがあるため患者の興味を引くようなケアを行っている。

○在宅療養している患者、家族へのサポート体制作りが困難だった例

- ・他人との接触を嫌う患者への関わりで、苦労した面が伝わった。
- ・緩和ケア外来で患者、家族共に「ゆっくり話を聴いてくれた。」と言っていたので、よい関わりの結果、介護サービス（訪問看護）に繋がったと思う。

(2) 考察

- ・地域カンファレンスは土曜日の午後に設定したが、診療所は診療中のため診療所医師の参加者が少なく、課題解決まで至らなかった。
- ・参加案内は多職種への意見があったが、大人数となるとまとまらないのではないかと考えて、課題に関連した職種で検討した。決定まで至らず情報交換と問題提起に留まったが地域の多職種と顔を合わせる機会となり、情報交換しやすくなった。

平成 21 年度 地域カンファレンス

12月20日(水) 18:30～

表：テーマ別のディスカッションの内容（病院医師、診療所医師・看護師・訪問看護師・ケアマネジャー
 地域リンクスタッフの意見集約）

地域カンファレンス		
事象	解釈	ノウハウ・解決策・今後の対策
テーマ1：患者の多職種での情報共有について		
<ul style="list-style-type: none"> ・看護サマリーがもらえない時がある。もらいにくいと感じる時がある。もっと早くほしい。 ・看護サマリーに、欲しい情報（例えば家族の理解度、家族指導内容等）がない時がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネより、看護サマリイの希望があれば準備している。 記入するようにしているが。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーに、記入してほしい内容について、ケアマネ間でまとめて要望するのも一つの方法。 ・介護サマリーとして、意識して記入する（病院から施設、在宅等行き先を考えて）必要がある？記入する側の意識。 ・情報として充分なのかの確認が必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・Net4U をケアマネはみられない現状。（ふきのとうが、最近利用できるようになった。） ・Net4U の参画医療施設が少ない。訪問看護師が介入していてもNet4U にリンクしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者の情報が不十分と感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Net4U 参画病院、医院の拡大が必要。 ・もっと多職種で共有できればよいが、あまり広げすぎるのは、プライバシーの問題になる。

・病院からの情報が不十分。施設(特老)入所の肺がん患者で、入院中に患者・家族にどう説明されているかの情報が、退院前にほしかった。		・病院側の情報提供書に、きちんと家族と患者にどう説明したかの情報を記入する必要がある。 ・退院前に話し合う場を設定する。
・電話で、患者情報を提供してほしいと依頼したが、個人情報をお話できないと言われた。できないのか？	個人情報保護法があるため、情報提供できないと断っている現状。電話先の相手が、みえない恐怖と不安がある。	・情報提供のフロー、用紙を整える必要性。ITを活用し、セキュリティを確保できれば可能か。
テーマ2：地域でがん患者を診てもらおうかかわりを増やすために		
施設では、がん患者を受け入れても対応ができない。元々入居している方は看取れる。介護員は、がん看護の知識がない。		・施設長、介護員、嘱託医を対象にがん治療・看護についての勉強会を実施し、理解力を高める必要がある。
ショートステイは、お客様感覚があり、患者情報がない。(主治医からの紹介状なし)急変時は、病院受診となることがある。		・ショートステイを頻回に利用する場合、かかりつけ医から嘱託医に変えるのも一つの案。 ・施設入所中も訪問看護が受けられるシステム作りが必要。
医療依存度が高い患者の、受け入れの問題	施設で経験しない処置・ケアに抵抗があるようだ。	知識の普及。
介護保険認定が軽度で、ベット等が利用できない。認定に時間を要する。	主治医の意見書の内容に、問題があるのではないかと？意見書が効果的に活用されるような情報を入れてほしい。	医師会で、主治医意見書記載の学習会を開催。(酒田では行っている)
病院から在宅へ、移行するためには、訪問看護師が少なすぎる。勧められないことが多い。	訪問看護師のマンパワー不足が、問題となっている。	人員確保？
テーマ3：病院での早期からのがん緩和ケアをすすめるためにどうしたらよいか		
・緩和ケアについての概念が、浸透していない。	医療者に対する、緩和ケアについての啓蒙不足が考えられる。	医療者への啓蒙を、どうしたらいいのか？
・患者の心の問題について、早期から対応できていない。(告知後のフォロー等)「わたしのカルテ」を活用しているが、浸透していない。 ・患者とじっくり話しをする時間がない。		・「わたしのカルテ」の活用 ・心の辛さ寒暖計でスクリーニングを行う必要がある。
・主治医と看護師間の情報共有が不十分(医師間、看護師間も含む)		
・在宅に移行しても、あつという間	・外来で、緩和ケアについて説明す	・あらかじめリスクのある患者に対

<p>に亡くなってしまふ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、病院側の緩和ケアの導入が遅い。(早ければ早いほうがよい) 	<p>る時間がないし、伝えにくい。</p>	<p>して、外来から(早期に)緩和ケアを導入する。→現時点では、難しいので、患者が満足できる時期を目標にお話する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアを理解している医療者の数を増やす。(医療者が勉強する機会を設ける、研修医のうちから緩和ケアを学ぶ、緩和ケア医の参加の下での入院棟カンファレンス開催等。)
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅主治医側として、初対面の患者なのに、残された時間が少ない。 ・最近の傾向として、家族が最期まで看取る意志がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・そういった中で、わざわざ在宅に帰す努力をする意味があるのか? 	

平成21年度 第1回 地域看看連携検討会 (資料54)

平成21年8月18日(火) 18時30分~20時 荘内病院地域医療連携室

1. 連携上、現場で困っていること

■看護サマリー

- ・荘内病院→大山診療所→協立病院
 - 荘内病院を退院し、大山診療所でフォローしていたが、症状悪化で協立病院に入院中
 - 大山診療所のフォロー期間が少なかったために、荘内病院の記録類が一式届いた。
 しかし、告知の有無や内容、患者や家族は病状についてどう思っているのか、どのように過ごしたいのかなど、ケアの継続性に重要な情報が看護サマリーに記入されていなかった。
- ・看護サマリーは入院看護要約に過ぎず、地域が求めている情報とは必ずしもマッチしない。
- ・OPTIMは今のADLしか書いていない。入院前のADLの情報も必要なので、協立病院では、補足して使用している。
- ・施設特性などがあり、地域でサマリーを統一するのは難しい。よって必須の項目を抽出して既存のサマリーに取り込むよう各機関で検討してもらってはどうか。

必須項目

- ・告知の有無と内容
- ・患者と家族の受け止め方や意向
- ・予測される状況とその対応

2. 意向の確認が難しい

- ・特に若いナースたちは、特にがん患者については、「切り出せない」
- ・医師がどんな話を患者にしているか、分からない
- ・医師が患者とコミュニケーションをはかる場合、立つ位置を医師の斜め後に立つようにしている

- ・ ムンテラの際は、ナースが必ず同席し、記録に残すようにしている（斎藤胃腸 HP）
- ・ 患者は「はい、はい」というが、患者は理解していないことも多く、ナースがフォローする必要があるケースも多い。
- ・ 家族を通して、本人の意向を確認することも多い。意向を聞ける方法を病院として検討する。
- ・ まず家族にムンテラする。まだ、患者に告知しないでほしいという家族も多い（荘内 HP）
- ・ 認知症などを有する患者以外は、基本的に患者にも告知をする（協立 HP）
- ・ 「治らない悪いものがあるとされた。これはがんよの？」と聞かれると、どう答えればよいか分からない。
- ・ 告知とは何かという定義も医師によって違う。「がん」という言葉を出さないと告知と捕らえられない患者もいる
- ・ 告知あり・なしだけでは不十分。患者・家族の受け止め方を確認する必要がある
- ・ 予後に関しては、家族と患者に違う情報が伝わっている場合もある
- ・ 荘内病院の退院カンファレンスとサービス調整会議を同時開催していることもある
- ・ 病棟から訪問看護に電話して、何を準備して帰ったらいいかを事前に相談する
- ・ ケアマネと家族の意向が異なる場合に困る
- ・ 訪問看護と病棟看護は、直接連絡をとったほうがよい
- ・ 看護サマリー
 - 病院から何通ものサマリーを出す必要があるか？
 - ケアマネ宛が基本
 - ショートから入院時情報を求められることがある
 - 個人情報保護法の関係は？
- ・ ケアマネからの情報提供が報酬化したが、情報内容の有用性は？
- ・ 告知の有無・内容、患者・家族の受け止め方は、必須項目とし各機関のサマリーの項目として記載する。
特にカンファレンスを開かない患者について

第2回 地域看看連携検討会 平成21年10月20日（火） 18時30分～20時 荘内病院地域医療連携室
（検討事項）

1、看護サマリーについてのディスカッション

<内容の必須項目として>

- ・ 告知の有無と内容
 - ・ 患者、家族の受け止め方
 - ・ 予測される症状への対応
- ① 必須項目について、どのように現場に周知し協力を得ているか
- ・ 荘内病院 : 看護部主査会議で周知
 - ・ 協立病院 : 告知用紙があり、ムンテラを記録に残すようにしている。
また、その後一週間は経過を記録するようにしている。
カルテに告知済み患者の印をつけている。
- ② 現場での記入状況はどうか
- ・ 荘内病院 : 外科では記入している。内科系では告知の有無は記入しているが、内容は不確実な部分があり記入していないことが多い。
 - ・ 斎藤胃腸病院 : 面会時、ナースがついている。告知の有無、受け止め方の情報がな
 - ・ 協立病院 : サマリーは埋めるようにしている。告知用紙が別にある。面談にナースが

ついている。告知後の様子を記録している。外来では告知のマークを付けている。

- ・ ハローナース : カンファレンスのある患者は把握できている。

③ サマリーを院外の誰にどのようなルートで渡しているか

- ・ 荘内病院 : 90%は患者家族に退院時に渡している。ケアマネやショートステイにはケアマネジャーから渡してもらっている。

④ その他

2、ケアマネジャーからの「入院前の状態報告」用紙について

①医療機関での「入院前の状態報告」の受け取り方について

- ・ 荘内病院 : ①病棟へ直接 ②地域医療連携室から病棟へ

②医療機関の活用状況について

- ・ 荘内病院 : 地域連携パスでは入院前のADL記入時参考にしてている。

家族の情報より正確性がある。

神経内科や脳外科はADLと在宅時のサービス利用がわかり参考になる。

連絡を取りたいとき、ケアマネの名前がわかり連絡を取りやすい。

退院後の場所を考える上で参考になる。

3、その他

①荘内病院看護師の訪問看護ステーションに同行訪問からの課題

<吸引について>

病院の場合：吸引チューブは使い捨て。吸引の際はディスポ手袋を使用

在宅の場合：ふたつき容器に水、素手で吸引施行

<PEG>

病院の場合：ガーゼをYガーゼにし使用（入院棟によってはガーゼを使用）

在宅の場合：Yガーゼの代わりにティッシュを使用

<膀胱洗浄>

病院の場合：感染予防のため実施していない

在宅の場合：在宅主治医の指示で実施している。

必要物品の購入方法

吸引方法

次回の課題：エンゼルケアの標準化、ポートの固定について

*処置的なことの検討では、各病院で担当者がいるため自分でなく担当者の参加の方がよいとの意見があった。

表 : 地域看看連携検討会に関する緩和ケアサポートセンターの見解

地域看看連携検討会		
事象	解釈	ノウハウ・解決策・今後の対策
看護サマリーにほしい情報が記入されていない。看護要約となっている。(地域の看護師、訪問看護師) ・告知の有無、内容、患者・家族の	・活用されるサマリーとなっていない。紹介先に合わせたサマリーの作成が望まれる。	看護サマリーの必須項目を決める。 ① 告知の有無と内容 ② 患者・家族の受け止め方 ③ 予測される症状への対応

受け止め方、どのように過ごしたいか) (地域の看護師、訪問看護師) ・ケアの継続性について		は記入する。

(5) 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援

(1) プロセスの記述

2009年5月に緩和ケアサポートセンターの職員が二人ペアで特老、老健、グループホームを中心に緩和ケアの普及を兼ねながら、地域リンクスタッフの募集と施設でのがん患者の受け入れなど、事前に電話で日程調整を行い、聞き取り調査を行った。(資料55)

また、居宅介護支援事業所のケアマネージャーにも郵送で声かけをした。

地域リンクスタッフは手上げとし、協力の有無は返信用の封筒を準備し返事をもらう方法とした。その結果、看護師、ケアマネージャーなど59名(特別養護老人ホーム14名、介護老人保健施設6名、グループホーム12名、ケアマネージャー27名)から手上げがありご協力頂けることになった。

平成21年7月22日(水)18時30分からの、地域緩和ケアリンクスタッフ研修会には36名の参加があり、研修会では「庄内プロジェクトについて」「リンクスタッフの役割について」の説明を行った。

(資料56)

訪問や聞き取りでは概ね協力的であった。がん患者の受け入れは職員不足や制度の問題などがあり今すぐは難しいが、将来的には受け入れに前向きな意見であった。

地域リンクスタッフ研修会には60%の参加があり、自分の役割における質問や自施設の患者対応についての質問があった。また、研修会終了後も参加者同士の情報交換も行われていた。

研修会での内容は受け入れやすい簡単な内容としたことで、理解が得られたのではないと思う。地域リンクスタッフには「知識がないのでできない」との意見もあったが、困ったときには、サポートセンターに相談してほしいと説明し、シャープペンシルに印字された電話番号を紹介した。

アンケート結果から福祉施設での受け入れは、法律制度的課題があり現状では難しい状況であるとの意見が多かった。

(2) 考察

施設で緩和ケアに対する考え方が異なる。がん患者を受け入れている施設もあるため、サポートセンターでは定期的に、がん患者の受け入れ状況を確認すると共に、リンクスタッフへの啓発も必要である。また、アウトリーチの紹介も有効と思われる。

平成21年度 地域緩和ケアリンクスタッフ研修会

庄内プロジェクトでは、福祉施設等の所属機関において、緩和ケアの普及・啓発を中心的役割に担う「地域緩和ケアリンクスタッフ」の選出について、各施設を訪問させていただき、ご協力をお願いをさせていただきました。その結果、平成21年7月現在で、特別養護老人ホーム14名、介護老人保健施設6名、グループホーム12名、居宅介護支援事業所26名、障害者生活支援センター1名の計59名のリンクスタッフを選任いただきました。ご協力、誠にありがとうございました。

ご選出いただきましたリンクスタッフの皆様、庄内プロジェクトや地域緩和ケアリンクスタッフの役割などについて説明する「第1回 地域緩和ケアリンクスタッフ研修会」を下記のように開催しました。

第1回 地域緩和ケアリンクスタッフ研修会

日時：平成21年7月22日（水） 18:30～20:00

会場：鶴岡市立荘内病院 3階講堂

参加者：地域緩和ケアリンクスタッフ（施設長、施設管理者、看護師、ケアマネジャーなど）37名

内容：

- ◎ 庄内プロジェクト・緩和ケアについて

講師：緩和ケアサポートセンター長 鈴木聡先生

- ◎ 地域緩和ケアリンクスタッフの役割について

講師：緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川 看護師 渋谷美恵先生



4) 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供

(1) 地域緩和ケアチームの出張コンサルテーション 平成20年度

事前に当地域で作成していた手順に沿って行われ、方針作成、依頼者への返事まではスムーズに行われた。サポートチームのメーリングリストも機能した。ただ、依頼された医師がNet4Uを使用されない方であったので、その利用はできず、有効性の検証は今後を持ち越した。問題としては、訪問に要する時間が2時間もかかり（状態把握、本人・家族それぞれからの傾聴などで）、出張者の時間をとることの困難さを感じた。また、その人件費・交通費についての補償も問題と感じた。さらに、今回は荘内病院への入院方向としたが、サポートセンターを通じて依頼したにも拘わらず、外来受診後入院への流れが悪く、今後は、サポートチームからの依頼は、緩和ケア外来を通すこととなった。