

3) わたしのカルテ

(1) プロセスの記述

- ・研究プログラムの説明（主治医科・看護部）
- ・コアリンクナースを中心に、院内看護部で運用方法を検討いただき、院長・医局に提案いただくという方向性。
その際、詳しい説明が必要な場合は、センターより出向き説明と同時にご意見をうかがうという対応を行う。しかし、もともとの国民性として書く習慣がないことや内容のデリケートさもあり、難しいことが予測される。また必要性などについて患者はもとより主治医に理解がえられにくいという意見がおおかった。また説明や内容フォローにかける時間も負担であるという意見が多かった。
- ・当面は、理解と協力が得られそうな患者（一名ずつ）からわたし、患者の感想や意見を聞きながらすすめる。
- ・配布状況および意見・感想をコアリンクナースで把握してもらう。

■平成20年8月現在、わたしのカルテの使用状況

市民病院（現在、退院前カンファランスの対象者に配布）

- ※地域医療連携室からのアプローチで、退院前カンファランスを開催している患者に対しては、ご本人・ご家族へ十分時間をかけ、説明したうえで配布。
- ※気になる質問項目やご家族の理解が得られない場合のみ、シールで質問項目（例 DNR 部分）を隠して渡している。また、患者パンフレットもその方の症状にあわせてピックアップし合わせて配布している。
- ※今後は、各病棟のリンクナースに浸透させ、病棟で目的など説明してもらい配布できるようにしていきたい。
- ※配布飲み意見や感想を聞くところまではいってない。

訪問看護ステーション YOU

- ※ステーションとしては配布していない。退院時にカルテやパンフレットを一式渡されると、内容しだいでは、患者・家族はびっくりして不安になることもある。渡す側がきちんと理解し十分説明する必要がある。
- ※訪問看護の利用者が「わたしのカルテ」を持っていたが、状态的に厳しく、書く間もなく永眠された。渡すなら闘病時期でもっと早いほうがいい。

訪問看護ステーション鳴見

- ※在宅移行症例は、終末期で在宅日数も短い方が多いのが現状。在宅開始後に「わたしのカルテ」を記入するのは不可能ではないか。
- ※患者の状態が悪い中で、「心肺停止」の項目はとて聞けない。告知をし、治療に向かう時点で、患者に渡すのがベストではないか。

原爆病院

※院内の会議でも「わたしのカルテ」の配布をどの時期のがん患者に、誰がわたすのかという点が議論となった。告知・治療の段階といった対象は、かなり幅が広く、「わたしのカルテ」が有効に活用される患者ばかりとは思えない。

※緩和ケアを開始する時期といった配布対象の絞り込みが必要なのではないか

※「わたしのカルテ」を持っていることは、私はがんであるといことを示しているのと同じで、患者・家族にとってはかなり抵抗があるのではないか。

長大病院

※「緩和ケアを開始した時期」という対象もかなり幅広いのではないか。

※配布する立場としては、配布対象者がある程度規定してほしい。

朝永病院

※化学療法にて抗がん治療中の患者さんは、first line から始まり、がん治療との付き合いも長くなる。その中で治療の選択をしていく際に、いつ「わたしのカルテ」を配布したらいいのかの見極めが難しい。実際に、治療選択の微妙な時期なのでという理由で、主治医から「わたしのカルテ」を患者に渡さないでほしいと言われたこともある

聖フランシスコ病院

※「わたしが大切にしていること」のページは、個々の患者の意向に合わせ、隠していくとなどの対応をしたい（シールを準備してもらえると助かる）

がん相談支援センターとしてのコメント

※今のところ、がん患者の病期（再発・化学療法開始時、オピオイド開始時）やその他患者の特定の規定を作る予定はない。「私のカルテ」の目的を理解していただき、渡すことの効果の有無を、患者ごとに判断し、主治医の了解のもとに一人でも使用していただくとありがたい。大切なのは、使用のプロセスでの意見や感想などなので、できるだけそこをひらいて頂くようなモニタリングをお願いしたい。できればヒアリングさせていただきたい。

■平成21年10月のモニタリングでの意見

患者への配布を含め、具体的運用を院内で検討いただいた原爆病院の医師より、

- ・「わたしのカルテ」の対象となる患者をプロジェクトのほうで特定してもらいたい。
- ・各病院で運用についての規定を作るのは無理とのご意見をいただいた。

そこで、地域運営委員会で話し合い、長崎独自で配布対象者の規定を検討していくこととなった。また、患者・家族への説明にも時間を要しているとの意見もでたため、患者・家族のために説明文書（A4で1枚程度）をあらたに作成し、各施設で利用してもらうことを検討した。

アルゴリズム（図7）とわたしのカルテのインストラクション（図8）を作成。

今後の手順として、コアリンクナースミーティングで説明し、配布は、まず主治医が患者にわたしのカルテを紹介し、同意をいただいた患者に対して看護師（病棟・外来・訪問看護師）が説明するというスタンスで、今後も運用いただく。

図7 わたしのカルテ配布対象者アルゴリズム

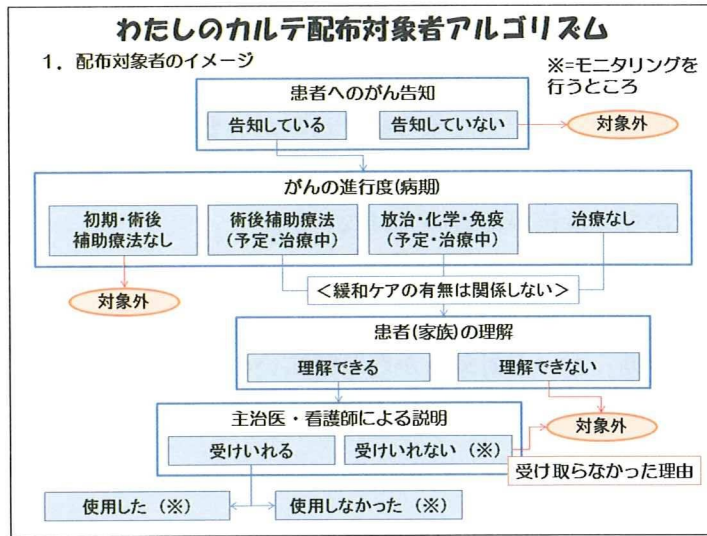


図8 わたしのカルテ患者説明用のインストラクション

「わたしのカルテ」

この「わたしのカルテ」は、あなたがあなたご自身の情報を記録するためのファイルです。あなた自身で、必要な情報を書き込んだり、病院などで渡される大事なデータや説明を挟んだりしてお使いください。

病院を受診する時に、持参して病院関係者に出してください。

そうすることにより、あなたがどういふ方で、あなたのご病気やからだの様子がどうであるのかを正確に伝えることができます。もちろん、書きたくないことは書かなくて結構です。

わたしのプロフィールには、あなたの既往歴(これまでにかかった病気)やかかっている病院を書く欄になります。これを書いていただく事により、もしあなたが他の病院にかかった時に、今までの経過など何度も説明するという手間を省くことができます。そして医師や看護師にも、どのような病気の方なのか解りやすく伝わりやすくなります。

わたしが大切にしていることは、あなたがご自身の生活をすうえで、あるいは治療を受けたりするうえで大切にしていることを書く欄になります。これを書いていただく事により、あなたの望む生活の仕方や治療法などを、医師や看護師に伝えることができます。わからない場合は、無理に書く必要はありませんのでご家族とも相談しながら、一緒にすこずつ考えていきましょう。

わたしの療養記録は、あなたの治療の経過や生活の様子を覚え書きのように書いていく欄になります。これを書いていただく事により、あなたの症状やからだや心の様子を、まわりの人が理解する事ができます。そして症状や変化に対する対応の仕方を、医師や看護師に確認してここに書き込んでいくとあなたやご家族にとっても安心感になります。

わたしのファイルは、あなたの検査結果やお薬に関する情報、説明に使われた書類などの資料を閉じておくための袋です。まとめて保管するのにとても便利です。

外来受診時や他の病院、保険薬局などに行かれる時も持参してください。




表2 平成21年度 長崎での「わたしのカルテ」の使用状況

	現在の配布 (対象者)	使用するにあたっての意見	今後の配布について	その他
長大病院	患者への使用はなし コアリンクナースと各病棟・各診療科の医師には、がん診療センターおよび看護部から配布し、紹介している。	・患者には、主治医が進めて、看護師が説明するのがいいので、まず医師の理解が必要。 ・外来時に説明・配布時間はない。退院時、病棟での配布なら可能。 ・持つことで、患者が管理されているという意識をもつ。	診療科・看護部・がん診療センター・研究チームで具体的に検討後、使用予定。組織が大きく時間がかかる。	化学療法開始のICの時、看護師が同席し、説明、使用を勧める。 退院前、病棟看護師が説明・勧めるという方向性
市民病院	退院前カンファランスの対象患者に、連携室看護師が説明し、配布	・医師の理解が必要なので、患者を通し個別に理解を求めているが、患者はほとんど書いていない。	・外来通院する患者にも配布 予定。	・連携室看護師だけではなく、病棟看護師が説明・配布するようにしていく
原爆病院	患者への使用はなし	・「わたしのカルテ」については必要性も含めて肯定的な意見が多い。	院内がん診療運営委員会で具体的運用の検討した。	院内医局会で紹介、説明後、病棟看護師が配布する方向性
朝永病院	患者への使用はなし	治療開始する患者は否定的になる。タイミングが難しい。		個々のケースに応じて配布する。
済生会病院	患者への使用はなし	看護部の理解が得られない。		外科外来で治療している患者を対象に配布
掖済会病院	患者への使用はなし		今後倫理委員会開催予定。その中で研究説明も含めて、コアリンクナースが紹介する。	今後、倫理委員会でプログラム全体への参加と、取り組みについて検討予定
聖フラ病院	外科病棟・ホスピス病棟で使用。	看護師長の判断で配布。		一般病棟の入院患者で個別に使用を検討

◆「わたしのカルテ」への取り組み

「わたしのカルテ」は、各病院での配布そのものが進んでないのが現状。その理由として「日本人にはなじまないのではないか?」「目的を明確に説明できない」「がんであることを意識させてしまう」「デリケートな内容も多く、どのように対応したらいいのか・書かせればなしではいけない」などがあり、有用性についてが患者からも医療従事者からも理解がえられにくく使いにくいようである。(元々の発想は、保険薬局が、薬を取りに来る患者の情報を得にくく(どのような病気の経過か・病期は・麻薬の説明はしてあるのか・告知など)適切な服薬管理指導ができないということで、その情報共有のために作ったもの)

しかし、プロジェクトでは「病気とつきあいながら・・・」というスタンスで、患者みずからが病気をコントロールするため、また医療従事者に自分の病状や闘病への意向を表現し、自分らし

く生活をするためのツールとして必要であると考えます。

この理解はコアリンクナースや病院にもできていますので、「わたしのカルテ」を普及させていくという方向性については了解が得られているので、今後も引き続き各病院で配布してもらい、意見についてはそのつどセンターにご連絡いただくようにしていく。

「わたしのカルテ」の有用性についての研究への参加（インタビュー調査）

コアリンクナースミーティングで下記内容を説明し、参加の意向をお願いします。

- ◆1年間プロジェクトが進んでも、なかなか「わたしのカルテ」に関する意見があがってこない。
- ◆「わたしのカルテ」に関して、自己決定を支えるツールとして海外では有用性が示されている
- ◆「わたしのカルテ」を3～6か月使用してもらった上で、患者さんと説明・配布した医師、看護師にもインタビューを実施する
- ◆患者さんのインタビューがはいつてくるので、院内の倫理委員会を通す作業が発生してくる。
- ◆中央（東京）から、倫理委員会の説明に出張かセンターからうかがう。
- ◆浜松では、実際に20名のインタビューをとっている。長崎地域でも20名くらいのインタビューを実施できればいいと考えている。

以上説明し、その後、参加病院の看護部を、山岸さんとまわり、再度説明し理解を得る。

対象患者は化学療法中とし、主治医の了解のもと、連携室看護師、担当看護師、外来看護師が説明の上渡す。インタビューへの協力についても了解を得ておく。その後、使い方について時々声をかけ患者の意見や感想を聞く。

数か月経過後の患者および担当者へのインタビューは、センターの吉原が担当することにする。

平成21年6月「わたしのカルテ」は配布状況

エキサイカイ病院・・・5例

原爆病院・・・7例

市民病院・・・配布している（配布数は不明）

ガン相談支援センター・・・3例

市民病院

退院前カンファランスを行っている患者さんには配布しているのでどうしてもターミナル期の患者になる。配布時期を検討しているが4月からは配布できていない。今後、緩和ケアチームの看護師（コアリンクナース）に外来からかかわってもらい配布を検討している。研究参加は可能。

（倫理委員会での説明と了解はコアリンクナースで対応→OK）

掖済会病院

化学療法で短期に入院する患者さんに配布している。

ひとりの患者さんには、「わたしのカルテ」をみせていただいた。

（倫理委員会での説明と了解はコアリンクナースで対応→OK）

聖フランシスコ病院

この研究参加には、ある程度の傾聴のトレーニングをうけたスタッフのインタビューの実施が必要ではないのか。(倫理委員会での説明と了解はコアリンクナースで対応→OK)
→インタビューのシナリオの用意はある。

大学病院

「わたしのカルテ」はぜんぜん配布できていない。
主治医が納得の上配布になるので、まだ周知も配布もできていない。対象者野状況から、化学療法担当部長と看護部への説明が必要。・吉原が芦澤先生を介して説明を行うこととする。

済生会病院

化学療法をメインにしている外科と相談しているが、主治医にも協力していただかないといけないのでなかなか厳しい。

◆「わたしのカルテ」への今後の取り組み

研究参加を機に「わたしのカルテ」の普及と有用性については確認していきたいので、少なくとも使用数を広げていく方向で継続していく。

その際

※配布する症例をさらに具体的に限定する。症例をしぼったほうがいいのではないかな。

※協力いただける医療機関をしぼって、集中して研究的にお願いしていく。

※「わたしのカルテ」を使用している人であれば、在宅療養患者も対象にする。

※「わたしのカルテ」の配布対象者が明確でないまま、各医療機関・地域がそれぞれにプロジェクトがすすんでいる。調査は、すこし早いのではないかな。それよりも、いまは、どうすれば「わたしのカルテ」が使えるか・その方法を具体的に議論していくほうがいいのではないかなという野田会長のご意見があり、次年度にむけて検討していく。

4) 地域カンファレンスの開催

(1) プロセスの記述

第1回 地域カンファレンス

開催日時：平成21年3月26日(木) 19:00～

開催場所：長崎市医師会館

参加者：117名(全リンクスタッフの31.5%)

内訳) 医師19名(16.2%)、薬剤師20名(17.1%)、看護師37名(31.6%)、介護支援専門員25名(21.4%)、MSW5名(4.3%)、管理栄養士2名(1.7%)、PSW1名(0.8%)、PT1名(0.8%)、OT1名(0.8%)、社会福祉士1名(0.8%)、介護職5名(4.3%)

会場の様子



目的: ①長崎地域の緩和ケア・地域連携、本プロジェクト等に関する課題を把握し、その解決にむけた方向性を共有する。

②地域連携医師、リンクスタッフが一同に顔を合わせ、プロジェクトを通して、現場での連携に繋ぐ交流の機会にする。

内容: ①報告: 長崎地域の進捗報告と二年目の取り組みについて

②グループワーク

テーマ: 「長崎における緩和ケア及びがん医療、地域連携、本プロジェクトなどに関する課題と解決策」

③全体討議

※資料 14 第1回地域カンファレンスアンケート結果

第2回 地域カンファレンス

日時 平成21年6月10日(水) 18:30～

場所 長崎県看護協会 長崎会館 5階

参加者 128名

内訳) 医師14名、看護師63名、薬剤師11名、ケアマネジャー22名、MSW6名、その他12名

目的: 多職種でのグループワークで抽出された課題を共有し、その解決策を検討する

内容: 挨拶 長崎地域統括責任者 長崎市医師会会長 野田 剛稔

①ミニレクチャー「在宅の視点のある看護尺度」(仮) (30分)

日本対がん協会 山岸 暁美先生

②課題別(別紙参照)多職種によるグループワーク (120分)

③全体討議

【地域カンファレンスのアンケートに記載された自由意見の抜粋】

・病院医師をまきこむ方法・・・難しい内容です。患者さんにとっては主治医というのは大きな存在なので、うまくまきこめるといいのと思います。今少しずつ、退院→在宅医へつなぐケースで在宅医療を理解してもらっている所です。ゆっくりすぎますね。

・皆様のご意見がポンポン出てくることに、とても驚きました。もっと、日頃の業務の中で、問題点を見つけられるよう積極的に緩和ケアに携わっていったら良いなと思います。

・顔合わせの機会に参加でき、とても参考になる意見を聴くことができよかったです。仲間を作ることとても重要だと感じました。ありがとうございました。

【アンケート結果のまとめ】

- ・参加者、アンケート回答者ともに「看護師」が最も多かったが、幅広い職種および病院、事業所からの参加があった
- ・グループワークのテーマ・内容については8割を超える参加者が「とても役に立った」・「適当であった」と回答している
- ・「地域カンファレンス」への今後ご参加についても、仲間づくりや地域連携の必要性を感じ、継続して参加したいという意見が7割を超えていた

会場の様子



※資料 15 第2回地域カンファレンスアンケート結果

(2) 考察

事象	解釈	ノウハウ・解決策・今後の対応
<ul style="list-style-type: none"> ・地域カンファレンスの開催そのものやグループワークに関して、参加者の満足感が高い。 ・今後も「地域カンファレンス」への参加希望は多いことから、課題解決にむけた建設的なテーマで継続が必要である。 ・職種別にたくさんの課題があがったが、具体的な改善策までにはなかなかいたらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域カンファレンスは、他施設・多職種の状況を知ることや顔の見える関係を作る上では大いに役立ったようであるが、「自分（リンクスタッフ）が抱えている問題や悩みなどを解決していくための手助けになる」と答えた割合は少なく、今後は、いろいろな意味で現場に生かせる企画が必要である。 ・アンケート結果や地域カンファレンスで得た意見は必ず全体で共有する。（整理したものを配布する） ・関連職種の顔の見える関係をつくる（強化する）という位置付けでの「地域カンファレンス」は有機的（実践に役立つ）な地域連携の構築に効果的と考える。 	<p>効果的な地域カンファレンスの開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日時や時間等の検討 ・テーマより同職種、多職種のグループ編成 ・課題の整理→改善策と建設的開催 ・課題ごと事例ごとのグループワーク ・リンクスタッフがファシリテーターをつとめ、開催企画や運用にも参加する。 ・グループワークは IC レコーダーでとり、意見は大切に扱うことで互いを尊重する。

ファシリテーター：コアリンクナース（下屋敷・宮崎・船本・松永・柳井）

地域運営委員：医師（行成） ケアマネ（戸村・福留）

リンクスタッフ：薬剤師（佐田） MSW（松尾） ケアマネ（陣野・松尾・小林）
 介護職（竹下）

がん相談支援センター

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

長崎地域の医療連携に関する問題点として、長崎地域運営委員会で次のような点が出された。

①訪看のマンパワーの現状と対応策について

- ・訪看のスタッフが少なく、ターミナル患者の在宅移行数が増えたら現状では対応不可。
- ・診療所看護師の場合、軽度の患者へなら訪問させられるがターミナル患者には無理。
- ・訪看同士の連携で24時間対応ができないか？

→診療所看護師、病院看護師を巻き込むながらすすめる

- ・現訪問看護利用者のチェックがいる→本当に訪問看護が必要な人のところか？介護職や他のサービスで対応してもいい人等に漫然と訪問看護をしていないか？の視点が大切。そしてヘルパーやデイにシフトしてターミナル患者の受け入れ枠を作っていく。

②病院側（主治医、病院看護師等）へのアプローチ

- ・主治医科に在宅移行の意識が低い。→各診療科への説明・啓発が必要。

- ・アプローチのしどころは主治医。在宅でどこまでできるかも含め在宅医療のシステムを伝えていく。
- ・各病院会（？）単位での講習会を開催する。
- ・病院医師と同時に病院看護師にもアプローチする。
- ・医局ごとでの集まりでOPTIMや医療連携の説明をする時間を持つ。

③患者への介入時期について

- ・患者へのメリット、主治医側が緩和治療での橋渡しを。
- ・病期に合わせてあるいは治療方法の説明に合わせて、次の段階へ移行するときに患者の気持ち（意向）を聞きながらの説明が必要。
- ・OPTIMでの対象は進行がん、末期の方が多くなるのか？
- ・各段階で介入していく必要がある。初期：抗がん治療、手術、中期：放射線、ホルモン治療と生活のバランスでどういった選択肢を選ぶか。
- ・本来は健康なときに考えるべきことであるという認識で啓発。
- ・リーフレットは広く配布する。
- ・相談支援センターへは治療についての相談が多くなるだろう。

④看護師向け講習会について

- ・看護師向けの講習会が必要
- ・看護師サイドでも講習会・勉強会へ参加するモチベーションを上げる方法を検討する。
- ・クレジットを出すと持っている人が出席しなくてはならなくなって大変。

⑤在宅主治医決定方法について

- ・Dr. ネットと同じ方法で在宅主治医を決定するのか？
- ・Dr. ネットと同じ形にしたいが未定。
- ・手上げ方式でいいのか議論が必要。

⑥コアリンクナースの配置

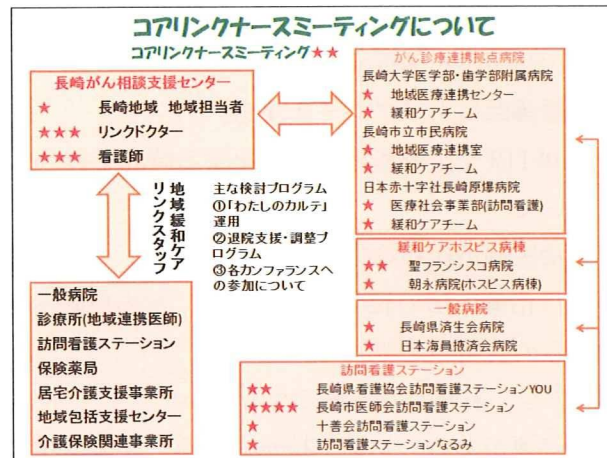
OPTIMでは、看護に求められる役割は大きくしかも病院と在宅（地域）が垣根をこえて連携することが重要である。そのため研究拠点であるがん相談支援センターと連動して、中心的にプログラム運用に係わっていただく看護師（コアリンクナース）の配置が必要と考えた。そこで、各参加病院看護部や訪問看護ステーションに個別に研究説明を行い、関連部署の緩和ケア認定看護師、退院調整担当看護師、化学療法認定看護師、訪問看護師（ステーション・診療所）を選出してもらい、センターより委任状をお願いした。（図9）。

役割はまずは、バリアを超えた顔の見える関係と下記内容で3ヶ月に1回ミーティングを開き、プログラムの具体的運用方法の検討や患者の有機的連携を図る事に置いた。

なお、ミーティングにかんしては看護部長・副部長の参加が得られればベスト。

ミーティングは平成20年度、4回行った（資料16）。資料は順番に！

図9 コアリンクナースミーティングについて



<コアリンクナースの人数>

スタート時：計 29 名

2008 年：34 名（診療所看護師、市民病院緩和ケア認定看護師、原爆病院副部長、聖フランシス

コ病院ホスピス病棟師長、朝永病院緩和ケア病棟師長が加わる）

2009 年度：計 35 名（保健センター健康づくり課保健師が加わる）

<コアリンクナースの役割>

1. コアリンクナース・ミーティングへの参加（3 ヶ月に一回開催予定）
2. 看護に関する主なツールの院内での運用とモニタリング
 （退院支援・調整プログラム、緩和ケアツール、私のカルテ）
3. 長崎がん相談支援センターへの相談内容への助言と連携（必要時）
4. 緩和ケアカンファレンス、退院前カンファレンスへの参加（必要時それぞれの立場で）
5. 他機関のリンクスタッフとの連携・協力
6. 中央でのワークショップ への参加（必要時）
7. 各啓発・教育研修企画への助言とお手伝い



■OPTIMにおいてコアリンクナースの配置は効果的であるといえるが、このバリアを超えた看看連携の仕組みを作るのを可能にしたのは、そもそもOPTIMが国の戦略研究であり、①そのモデル地域に長崎が選ばれたということ、②地域のがん拠点病院を中心に関連機関で取り組むべきことであるということ③取り組むことが地域、参加機関に効果が期待できることなど、各機関・施設長が同意し承認の上でスタートできたという点にあり、長崎地域の取り組みは画期的といえる。

◆コアリンクナースの仕組みの効果

- ・プログラムの運用を通して病院—在宅の有機的看護連携を可能にしている。
- ・ミーティングでの顔の見える関係は、その後のお互いの情報交換や患者の退院支援や退院調整に生かされている。
- ・各病院の研修会へオープンに参加（受講者として講師として）する機会になった。
- ・医師限定の研修会（例：PEACE研修会）へ、看護の立場で参加する機会が増え、地域医療や地域連携においてお互いの役割認識ができるようになった。いいコミュニケーションの機会にもなっている。
- ・直接患者の退院前カンファレンスに参加したり、患者へ在宅療養への情報交換が行えるので看護の効率が図れるのではないかな。
- ・看護職以外の専門職と交流する機会も増え、お互いの立場や専門性の理解ができた。そのことで、在宅支援に安心して（自信をもって）患者や家族の背中を押せるようになった。
- ・緩和ケアや退院支援・調整の知識と技術が上がった。
- ・病院に退院調整のシステムができた。

（各病院、コアリンクナースからの報告は、平成21年度第3回コアリンクナースミーティング議事録参照）

6) その他のトライアル

1) プロセスの記述

(1) 長崎地域連携懇話会(後援)

日時：平成20年6月21日（土）

場所：ロワジールホテル

ファシリテーター：中尾先生、北條先生、後藤先生

参加人数：48名（医師・看護師）

内容：緩和ケア症例検討のロールプレイ

(2) 地域連携講習会

日時：平成20年7月25日（金） 19:00～21:00

場所：長崎医師会館 7F 講堂

テーマ：「この町で安心して暮らし続けるために～願いがかなう地域作り活動～」

講師：秋山正子先生

参加者数：246名（医師17名、看護師106名、薬剤師17名、MSW9名、ケアマネジャー55

名、その他 42 名)

会場の様子



※資料 17 第4回地域連携講習会アンケート結果

(3) 拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加

診療所医師ががん診療連携拠点病院に赴き、カンファレンスに参加する。在宅医療において大切なポイント(心得)を提示し、勉強会や症例検討を行っている(図10)。出席状況を(表3)に示す。

図10 緩和ケアカンファレンス資料

① 拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加
 目的(ポイント・心得)
 1) 大切なのは、患者さん・家族が今後どこでどのように過ごしたいと考えているのか
 ⇒**病院スタッフと共有する。**
 2) 在宅療養を望む患者さん・家族に対して、入院中より**在宅スタッフ**がアプローチを行う
 ⇒不安を抱える患者・家族の背中を押す
緩和ケアチームによる橋渡し
 3) 医療依存度が高く、重篤でも、**在宅向けアレンジ**が可能である事を**主治医科**に対して具体的に情報を提供する。





● 緩和ケアチームカンファレンスへ参加して見え
 てきたがん患者を取り巻く医療の現状

- ・退院時期や退院時の状態が明確でない
 =退院時期を決定する医師の意識の変容が求められる
- ・延命化学療法の現実 =ギアチェンジの時期が不透明
- ・患者(家族)とともに生活をイメージする時間や機会が
 少ない =看護師の意識の変容が求められる
- ・在宅医療や在宅療養の現場、システム等が具体的に
 見えていない =在宅医療従事者からの情報提供
- ・施設内の退院調整と在宅医療連携のしくみや方法が整
 っていない =在宅に向けた課題の特定が遅くなる
- ・在宅療養の選択が難しい 現状 =介護力・住環境・経済力
- ・在宅移行後の医療費について具体的な説明が困難

表3 カンファレンス出席状況

長崎大学病院 緩和ケアチームカンファレンス (毎週水曜日 13:00~15:30 開催)

年 \ 月	参加者数											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成20年	16人	12人	7人	14人	5人	14人	15人	15人	11人	18人	8人	16人
平成21年	12人	13人	19人	26人	13人	18人	19人	13人	8人			
平成22年												
主な出席者	安中・行成・船本・吉原・十善会訪問看護 (連携室調整から在宅移行・・・ 名)											

長崎市立市民病院 緩和ケアチームカンファレンス (毎週水曜日 17:30~20:00 開催)

年 \ 月	参加者数											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成20年	12人	7人	12人	13人	11人	11人	16人	8人	10人	7人	8人	10人
平成21年	20人	14人	16人	23人	16人	21人	24人	18人	22人			
平成22年												
主な出席者	安中・行成・船本・吉原・十善会訪問看護 (連携室調整から在宅移行・・・ 名)											

長崎原爆病院 緩和ケアチームカンファレンス (毎月第4金曜日 18:30~18:30 開催)

年 \ 月	参加者数											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成20年	3人	3人	2人	—	2人	3人	5人	4人	—	4人	2人	3人
平成21年	3人	5人	2人	2人	4人	4人	4人	4人	4人			
平成22年												
主な出席者	影浦・行成・松島・船本・吉原・安中 (在宅移行・・・ 名)											

施設名	件数	備考
長崎市立市民病院	2件	緩和ケアカンファから1件・連携室から1件(がん患者)
聖フランシスコ病院	1件	連携室から1件(がん患者)
光晴会病院	1件	入院患者(がん)本人から・・・連携室MSW、病棟師長と調整

◆拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへの参加の評価

(長崎大学病院)

◆患者の療養意向に関しては、治療方針・退院時期の決定権が主治医科にあり、緩和ケア導入や在宅移行にむけてのアプローチには困難さがある。

◆OPTIMメンバーがカンファレンスに参加し、在宅へのアドバイスをすることの成果は主治医科・看護部にも浸透し数字にも出ている。(緩和ケアチームが関わった症例のうち在宅移行患者は平成19年7%→平成20年は前期19%と増加)今後もコアリンクナースを中心に病棟看護師への働きかけ、主治医科への粘り強い働きかけが必要。

(原爆病院) ◆現在は、主治医や病棟看護師の参加が増え、治療や看護の経過の報告を踏まえ、在宅移行について在宅側とディスカッションの機会も増え有意義となっている。これに伴いOPTIMや在宅療養に対しても関心が高くなっていると感じる。(今年1月から週1回院内カンファレンス、定例はデスクカンファレンスや在宅移行に絞って開催される予定)

(市民病院) ◆緩和ケアチームと主治医、看護師師その他の職種が、患者への係わりや経過を報告するスタイルで、院内連携を感じている。また在宅移行例のフィードバックを通して、「家に帰したい」という意識が看護師に強くなっている。

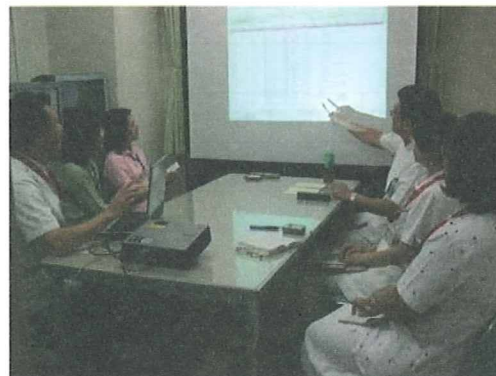
◆在宅移行へのタイミングや経済的な問題、介護力の問題で在宅を選択できない課題も多く、これらに関しては他の疾患も含め、地域医療連携室ハイリスクカンファレンスで継続して検討する。

(4) 拠点病院の地域医療連携室ハイリスクカンファレンスへの参加

がん患者に特定せず、現在、連携室で在宅移行や退院調整に困難さがある患者さんを提示してもらい、在宅側スタッフ(OPTIM関連医師・訪問看護コアリンクナースが輪番)が支援・調整に向けた具体的助言をする。

現在、大学病院が週1回定期開催、市民病院が月1回開催。

拠点病院地域医療連携室ハイリスクカンファレンスの様子



■拠点病院の地域医療連携室・ハイリスクカンファレンスへの参加の評価

- ◆大学病院では、在宅移行件数が増加した。
- ◆ケースカンファレンスで、在宅に向けた様々なアレンジや方法があること、また病院の実情など、在宅一施設双方の特性と立場の理解につながった。
- ◆在宅医と訪問看護師が参加するので、在宅にむけた調整が効率的である。
- ◆在宅移行困難事例や在宅移行後の急な症状悪化事例、レスパイト予測など、受け入れる体制を整える必要がありホスピスの立場から、緩和ケアカンファレンスへ参加をすると事も必要。

(5) NPO 法人長崎在宅 Dr.ネットとの症例検討会開催

日時：平成20年7月9日（水）

テーマ：「在宅での看取りを実現できた二症例 ～家族を支えた在宅主治医のホンネ～」

症例1 疼痛コントロールに大量のモルヒネを要し、大量出血のリスクを抱えながらも在宅で看取りができた症例 ～そして主治医は患家に泊まった～

症例2 腹膜透析を施行した末期癌症例 ～主治医と透析担当医の分業～

参加者：医師、看護師、歯科医師、薬剤師ほか157名

※アンケートは資料5参照。

(6) 在宅に必要な医療用薬剤（麻薬を含む）・機器、機材の供給や廃棄システムの構築（長崎市医師会方式）

第一回運営会議にて、在宅に必要な医療用薬剤（麻薬を含む）・機器、器材の供給や廃棄システムの構築（長崎医師会方式）に関して、現状の麻薬や点滴ルート、採尿バッグなどの器材の廃棄の状況がどうなっているのかを把握することが必要であると話し合われた。長崎市医師会としての現状把握（アンケート調査等）を行った上で、薬剤師会や長崎市、県薬務課との話し合いを行っていく。

第二回運営会議にて、アンケート調査の結果報告が以下の通り報告された。

- ◆長崎市内の麻薬免許保有率は7～8割。終末期の麻薬取扱いになるとさらに少ないと思われる。

今後、麻薬廃棄処分を依頼されるケースは増えてくると思われる。

- ◆麻薬回収は法的には努力目標となっている。

- ◆長大薬剤部では、持ち込まれた麻薬については廃棄処分をしている。

今後、薬務課と厚生労働省の双方に確認しながら、医療用麻薬廃棄に関するマニュアルと共通のフォーマットを完成させることとなった。

第三回運営会議にて、長崎の麻薬廃棄システムについて以下の点が報告された。

- ◆長崎県薬務課に規定はない

- ◆処方後の麻薬の取り扱いについて

厚生労働省及び県の見解（非公式）として、処方後のオピオイドについては、基本的に患者に処方されたものであるため、廃棄に関しても患者・家族にまかせていいものである。ただし、在宅薬剤管理指導として薬剤師が関与しているケースについては、処方しているオピオイドが

きちんと内服されているかどうかを含めて管理する必要があります。

麻薬の廃棄に関する規定を検討するのであれば、医師が処方する段階での管理や患者・家族への適正使用（内服へのコンプライアンス）の教育・啓発を含めて、今後検討していく必要がある。麻薬廃棄に関しては、運営委員会の検討事項として継続した話し合いを持つこととする。

※資料 18 医療用麻薬の廃棄・回収についてのアンケート

(7) かかりつけ医の紹介

OPTIM の「地域緩和ケア連携医師」に就任している医師に「在宅かかりつけ医」の依頼をする。これにより、患者ニーズにこたえとともに「地域緩和ケア医師」の訪問診療の活動性をあげ、地域のかかりつけ医の受け皿として在宅医療を希望する患者・家族の療養へのニーズと地域に沿った在宅医療（緩和ケアも含む）の提供・地域連携の推進が可能となる。

「地域緩和ケア連携医師」は83名。うち43名は、「長崎在宅Dr.ネット連携医」と重複していない→受け皿医師の広がりが期待できる。

図 11 情報提供フォーム

図 12 個人情報の使用にかかわる同意書

主治医・在宅移りへのお願い	個人情報の使用に係る同意書
<p>地区: <u>長崎市〇〇町</u></p>	<p>所在地 長崎市坂本町 名称 長崎大学病院 院長</p>
<p>患者情報: <u>sh</u> (女性) (90歳)</p>	<p>私は、当医療機関が保有する患者及びその家族に関する個人情報のうち、在宅かかりつけ医師の紹介に係る必要な情報を、下記の施設へ情報提供されること及びその保護について説明を受け、これに同意いたしました。</p>
<p>疾患名: <u>肺癌 胸部大動脈瘤</u></p>	<p>同意日 平成 年 月 日</p>
<p>既往歴: <u>高血圧 高脂血症 胃腸腎結石 腎のう胞 慢性心不全 不整脈 低蛋白血症</u></p>	<p>施設名 <u>長崎がん相談支援センター</u> (緩和ケア普及のための地域プロジェクト) 統括責任者 長崎市医師会会長 野田 剛松</p>
<p>現在までの経緯: <u>高島診療所に慢性心不全で外来フォローを受けていた。もともと食欲がなく、エンシュアリキッドやヤクルト等を摂取していたが、入院1週間前より経口摂取がなくなり、心配した家族が精査+加療を希望し、H21年5月26日入院された。精査の結果、右肺癌、肺内転移、リンパ節転移が確認された。腫瘍マーカーはCEA33.4 シツラ44.0だった。胸部の大動脈瘤も指摘され、最大短径は76mm大あり、切迫破裂の危険性も否定できないと言われている。</u></p>	<p>利用者 住所 氏名 印</p>
<p>療養に関する要望: <u>予後は半年〜一年と検察に告知。自然な経過で看取りまでを考えています。入院前も介護保険の認定は受けていたが、サービスの利用はしていませんでした。今後ヘルパー等考えていないようです。「帰りたいと思っているから、家族も連れて帰りたい」と話しています。ADL:車椅子移動ほぼ全介助 自宅では遠くまで室内移動していました。認知症 あり 尿意・便意は時々教えてくれますが、トイレまではできません。</u></p>	<p>代理人 (続柄) 住所 氏名 印</p>
<p>在宅医に関する要望: <u>高島診療所は往診して頂けないとのことですので、月1回でもいいから往診してもらえたらと希望しています。(緊急時は救急病院に救急車で搬送してくださいと家族へお願いしています。)</u></p>	<p>家族 (続柄) 住所 氏名 印</p>
<p>現在の療養場所: <u>日本海員連済会長崎病院 5階病棟 510号室</u></p>	<p>返事の連絡先: <u>日本海員連済会長崎病院 退院支援担当 宮崎久美 TEL 095-824-0610</u></p>
<p>現在の治療状況: <u>内服薬:アムロジンOD2.5mg 1×朝 マグミット3T3×n 点滴 :アミグランド500ml1日1本 食事 :食事摂取量が少ないため、高栄養流動食(CZホチ)を毎食付加</u></p>	
<p>相談の経緯: <u>当院主治医より病状説明し、今後について相談しました。在宅復帰を考えていますが、病状のことも考え在宅療養を支援していただける存在が必要と思い、相談センターに依頼しました。</u></p>	

◆現状と今後の取り組み

現在「地域緩和ケア連携医師」に就任している医師は83名。(うち40名が「NPO長崎在宅Dr.ネット連携医」と重複、43名が重複していない。)

現状の地域連携では、Dr.ネットの主治医・副主治医 紹介斡旋システムが十分認知されて稼働しているため、在宅主治医に関しての依頼がセンターにはこないのが現状。

また、OPTIMの「地域緩和ケア連携医師」として就任している医師が、在宅主治医になることが可能であり、その繋ぎを相談支援センターが行っていることが理解されていない。以上の状況あり相談ケースはほとんどなく、このような状況では今後在宅の受け皿は広がっていかない。したがって改善策の検討が必要である。

- ・地域緩和ケア連携医師に説明？意思確認が必要？
- ・地域連携室への周知はいつ？どの範囲？場合によっては連絡協議会で？

現状、OPTIMでの主治医依頼は、がんターミナル患者が多く、医療依存度から行ってもこれまで在宅主治医の経験がない医師には負担が多いと考えられる。

したがって、慢性期や症状安定にある患者の在宅移行ケースの相談を、お願いして経験をしていただきながら、OPTIMの研修などと合わせて、少し時間をおいて説明するのもいいのではないか。

(8) 在宅療養費の計算表および負担軽減の制度について

ハイリスクカンファレンスの中で、在宅療養が選択されにくい理由のひとつに、患者・家族の経済的問題（医療費の自己負担）があり、退院支援・調整の担当者も在宅担当者も実際に、在宅療養にかかる医療費を具体的に説明できないことが分かった。

そこで、在宅医療費（目安）を知る計算表と負担軽減の対策を検討することになった。

図 13 医療費計算表

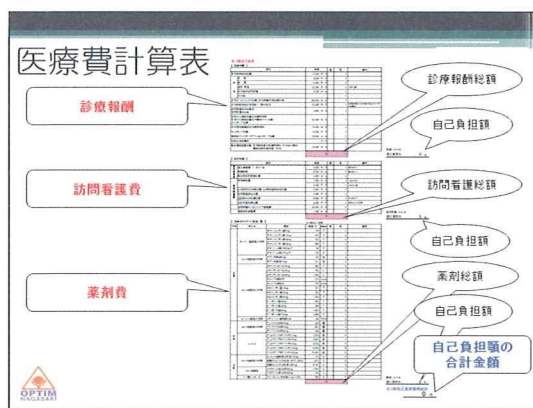
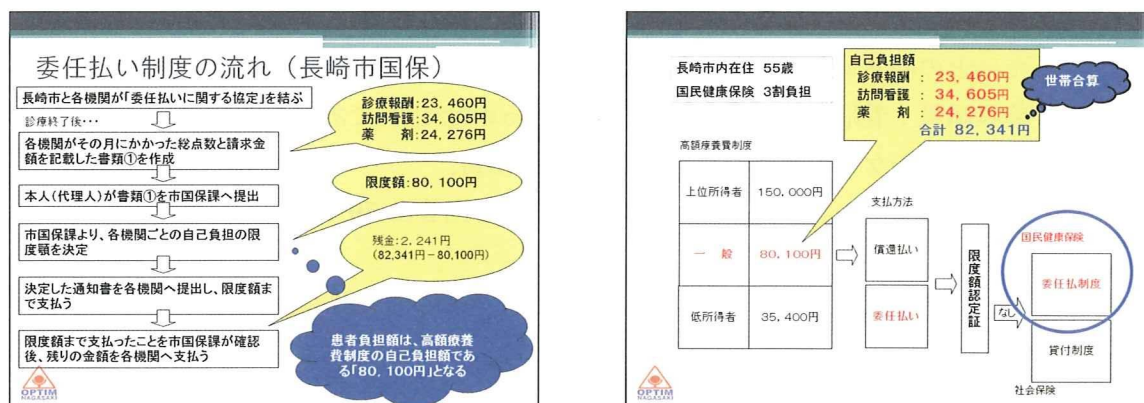


図 14 委任払い制度の流れ(長崎市国保)と例



在宅療養費の計算表および負担軽減の制度についての課題

- ① 退院調整時には、訪問診療や訪問看護についての頻度が明確でないため、金額は概算にとどまる
- ② 高額療養費に関する制度の周知ができていない
- ③ 委任払い制度を利用する場合
 - ・各機関に1ヶ月分の支払いを待ってもらう必要があり、制度の説明と理解と協力が必要
 - ・事務手続きも含め、家族への説明を誰がするか実際には、「合算コーディネーター」が必要?

◆今後の取り組み

在宅移行にむけて、係る費用の概算と説明の必要性はみなさん強く感じているところである。

4 地域意見交換会での紹介をしたが、みなさんの計算ツールへの関心は高く、試作品使用の希望も多かった。ツールに関しては、4地域で使ってもらい定期的にモニタリング(アンケート)をとりながら改正し、より実用的なものにしていく予定である。

(9) 施設スタッフへのアプローチ

長崎県における施設看取りの実態調査を実施した。

【方法】

2009年11月、県下全域の特別養護老人ホーム(特養)、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等606ヶ所の施設責任者、および長崎市内146ヶ所の施設職員を対象としアンケート調査を行った。

回収率：施設責任者：361/606(60%)、施設職員：77ヶ所(53%、計1087名)。

※資料19 施設におけるがん緩和ケアについてのアンケート(施設長向け)

※資料20 施設におけるがん緩和ケアについてのアンケート(施設職員向け)

【アンケート結果】

- 1) 施設責任者：看取り経験がある施設は137(38%)、施設別では特養が71.6%と最多で、ケアハウスが11.8%と少なかった。看取り経験がない219施設のうち、事例がなかった50施設以外では、亡くなる際に医療機関へ転院していた。看取り経験がない施設で、今後に対応できないと答えた施設は51施設で、理由は、職員の経験不足、医療のバックアップ体制の未整備等であった。残りの168施設(77%)は、今後対応したいとの回答であった。
- 2) 施設職員：看取りに立ち会った経験があるのは47%であった。
がん患者のケアに興味があるとの回答は76%、
がん緩和ケアの講習会があれば参加するとの回答は79%。

資料21 施設におけるがん緩和ケアについてのアンケート(施設職員向け)結果

◆今後の取り組み

施設職員の学習意欲は高い。医療のバックアップ体制を整え職員の経験不足を解消すれば、今後看取りは増加するものと思われた。

(10) がん患者さんのための食事パンフレット作成

『がん患者さんのための食事パンフレット』作成について

現実に即した内容を目指し、現場の生の声を反映させる目的でアンケート調査を実施した。

アンケート対象：病院・訪問看護ステーション（15施設）

市医師会訪問介護事業所（1施設）

計16施設のスタッフ（看護師・介護士・栄養士）

がん患者さんとそのご家族

アンケート回収状況：スタッフ148名（274症例分）、患者・家族 45名

アンケートから：

患者さまアンケートより

嘔気・嘔吐、口内炎、おなかの張りの症状すべてにおいて、温かいものより、冷たいものが好まれた。主食はごはんより麺類が好まれた。

病棟・在宅スタッフ、家族アンケートより

食事そのものより、環境や食器等の工夫面があげられた。例えば、臥床したままで摂取する際は、陶器の食器では中身が見えないので、透明のガラスの器を使用したなど。

※資料 22 がん患者の食事パンフレットについてのアンケート

パンフレット内容：

- ① がん治療の後遺症と副作用について
- ② 症状別食事のヒント 吐き気・嘔吐、食欲不振、口内炎・口内乾燥、嚥下障害、おなかの張り、味覚・臭覚異常
- ③ 料理紹介（写真・レシピ） 12品
- ④ 経腸栄養剤・とろみ剤、その他便利な介護食品の紹介（栄養価・購入方法等）

料理写真

