

Ⅲ. 地域報告

図1 長崎がん相談支援センターの役割

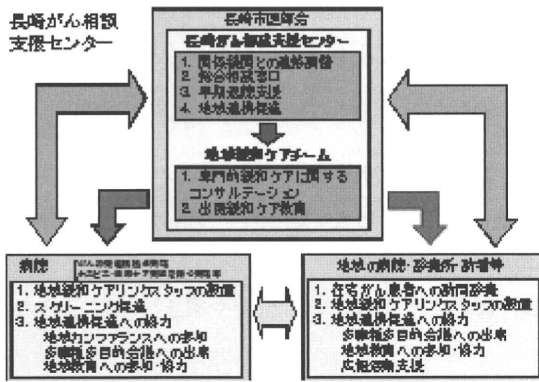


図2 施設間の連携

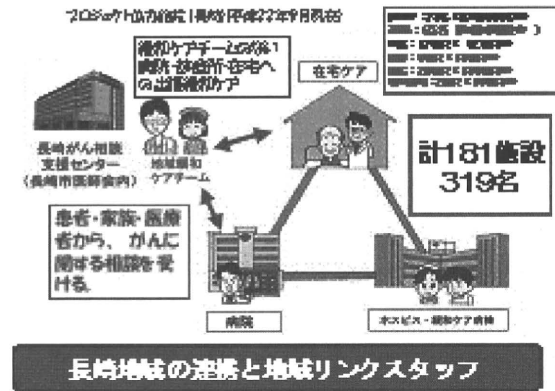


図3 長崎がん相談支援センター案内チラシ

つらいとき こまったとき
地域の相談窓口へご相談ください

- がんを告知され、不安
- がんの治療や副作用の情報がほしい
- 家族にどう話せばいいのかわからない
- 在宅で療養したい
- 病気が進んだときのことを考えておきたい
- その他がんに関する相談

長崎がん相談支援センター
住所：〒850-8501 長崎市東町2-22
長崎市医師会館 2F
電話番号：095-826-5021 (内線777)
FAX番号：095-826-3021
受付時間：月～金 9:00～17:00
土曜日 9:00～12:00

◎ 以下の病院でもがんに関する相談を受け付けています

長崎がん診療連携拠点病院

長崎大学医学部・長崎総合病院 がん相談支援センター
住所：〒850-8501 長崎県長崎市中央1-1
電話番号：095-819-7779 (内線777)
受付時間：月～金 9:00～17:00
URL: <http://www.ah.nagasaki-u.ac.jp/oc/index.html>

日本赤十字社長崎看護学院 緩和ケアセンター
住所：〒850-8511 長崎県長崎市東町2-16
電話番号：095-845-8111 (内線1187)
受付時間：月～金 9:00～17:00
URL：専業主婦

長崎中央病院 緩和ケアセンター
住所：〒850-8502 長崎県長崎市東町2-19
電話番号：095-826-2021 (内線222, 223)
受付時間：月～金 9:00～17:00
URL: <http://www.city.nagasaki.jp/wh/kyo/1181.html>

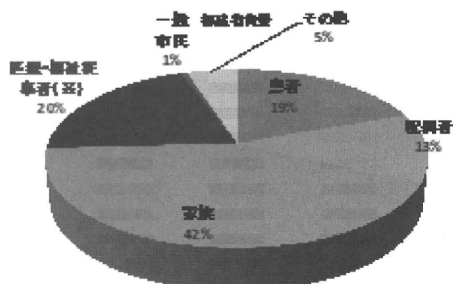
※地域の相談窓口では、各種パンフレットを取り揃えております。

③長崎がん相談支援センター相談件数と相談者背景 (2008年4月～2011年1月現在)

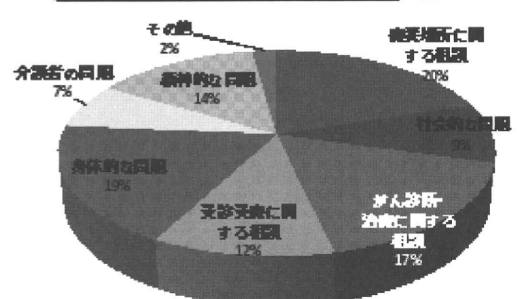
■相談件数 (計136件)

| 年 | 月 | 相談件数 | | | | | | | | | | | | 合計 |
|--------|---|------|----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | |
| 2008年度 | | 6件 | 4件 | 8件 | 4件 | 7件 | 7件 | 11件 | 3件 | 1件 | 3件 | 3件 | 3件 | 60件 |
| 2009年度 | | 6件 | 8件 | 3件 | 3件 | 3件 | 4件 | 2件 | 0件 | 3件 | 1件 | 2件 | 3件 | 38件 |
| 2010年度 | | 9件 | 5件 | 9件 | 14件 | 6件 | 2件 | 8件 | 3件 | 4件 | 1件 | 3件 | 3件 | 67件 |

これまでのご相談者 平成20年4月～平成23年2月 総相談数：172件



これまでのご相談の内容 相談相談あり



※：訪問看護師・ケアマネジャー・地域連携支援看護師・施設関係者等

Ⅲ. 地域報告

■地域（病院外）相談窓口の特徴・期待できる成果

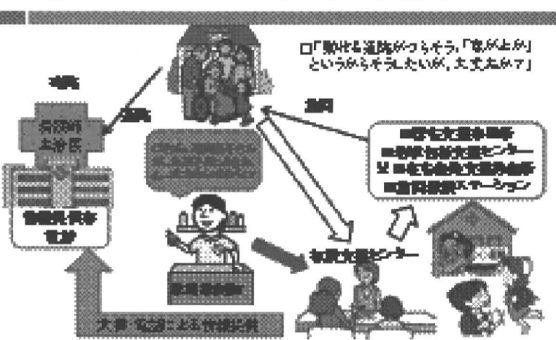
- ①患者や家族が、現在治療（入院・外来に関係なく）している医療機関に関係なく相談ができる
- ②診断や治療に関する情報提供より、そこに向かう不安な気持ちや主治医とのコミュニケーションの取り方などを整理する役割がある
- ③一般市民にとっては気軽に何でも聞ける場所になる
- ④患者や家族だけではなく、医療・看護・介護職種などケアに関わる職種も相談できる
- ⑤相談内容や緊急性、相談者の希望により、直接関連機関や担当部署、専門家につなぐことで、早い解決が期待できる。（専門的助言や直接支援ができる地域コーディネーターとしての役割）
- ⑥連携機関にとっては、相談内容が繋がりが、これに対応することで自病院にかかっている患者や家族の不満足感の予防、軽減になる。

■相談事例を関係機関に連携する！！

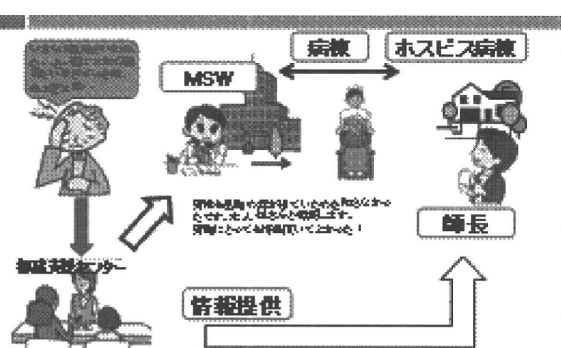
相談をつなぐ① ○:本人85歳、肝がん末期(通院中)
□:配偶者70歳、主婦



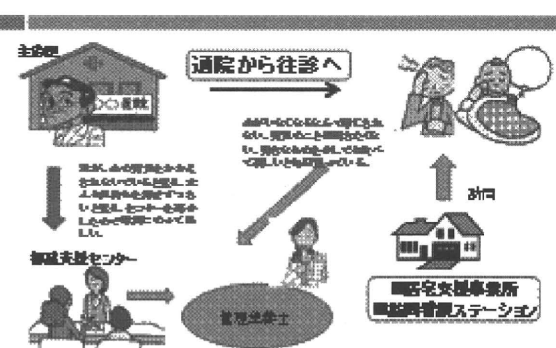
相談をつなぐ② ○:本人83歳、肝がん末期(通院中)
□:息子70歳、自営業



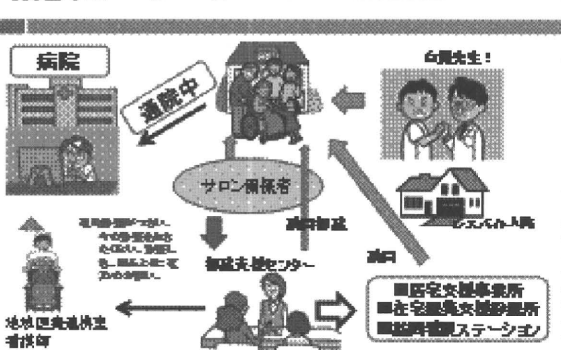
相談をつなぐ③ ○:本人85歳 肝がん末期(入院)
□:娘 65歳



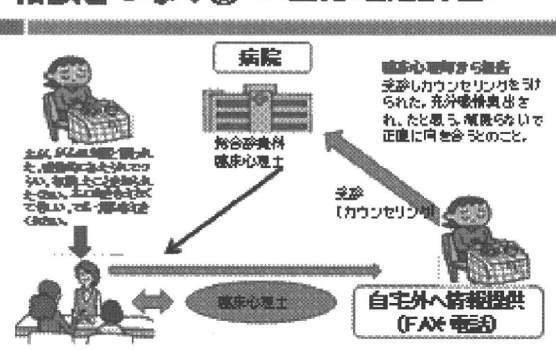
相談をつなぐ④ ○:本人65歳、肝がん末期(通院中)
□:配偶者60歳、主婦



相談をつなぐ⑤ ○:本人70歳、乳がん(通院中)
□:配偶者72歳、自営業



相談をつなぐ⑥ ○:患者?歳、病名?末期 通院
□:配偶者?歳、自営業



これまでの相談から

- 相談内容の一番は、診断・治療に関すること。しかし本当に聞いてほしいのは亡くなるのこらさの問題。
- 患者、家族も、自分自身で病気と向き合い、努力し、解決したいと思っている。そのための方法と助言を求めている。
- 家族もまた、患者同様に支えとケアを求めている。
- 理解できないこと、分からないことを素直に聞きたい。でもどう話したらいいかわからない。こころを開き、医師・看護師を信頼し、治療や療養をしたいと思っている。
- 医療従事者など、関係する職種もまた、患者さんや家族のこらさや自己決定のプロセスを支援する時に悩んでいる。

「地域の相談支援センター」の役割

- 患者・家族（遺族）・一般の人などいつでも誰でも誰でも、不安な気持ちや相談ができる場所
- 相談内容を適切に把握し、希望や求めに何か少しでもお手伝いができる場所
- 自分らしく生きることやその力に寄り添えるような情報提供の場と仲間づくりの場
- 患者と医療従事者が信頼しあい、治療と療養に向かえるよう関係機関への橋渡し
- 関連職種も含め、ご本人や家族、周囲の人が自分の事として支えあう場

2) 退院支援・退院調整

2008年度（介入前準備）

- プロジェクト参加病院の看護部に「研究説明と看護への効果」への説明し（コアリクナーズの項資料参照）、「退院支援・調整のプログラム」を紹介した。
- その後、コアリクナーズミーティングで長崎での運用について下記スライドを用いて提案した。
- 運用は、各病院の状況に合わせてコアリクナーズが中心に啓発、課題についてはコアリクナーズミーティングで検討していくことにする。
- 退院支援プログラムについては、各病院（看護部）に合わせて出張研修会を提案
- 退院前カンファレンスや在宅ケアについての情報提供（特に訪問看護）も対応する事を提案
- 実際の退院支援・調整でもコアリクナーズ間で連携・協力しあう

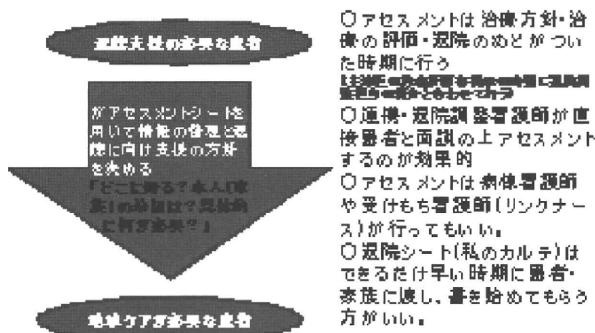
退院支援・退院調整の必要性

- 患者（及び家族）が望む在宅療養とQOLの維持・向上を可能にするために、入院の早期に退院支援と調整が必要な患者（及び家族）の特定が必要です。（スクリーニング）
- 患者（及び家族）が、安心して在宅療養を開始できるよう、病院から在宅へのケアの継続に向けた、顔の見える実践的連携が重要です。（退院前カンファレンス）

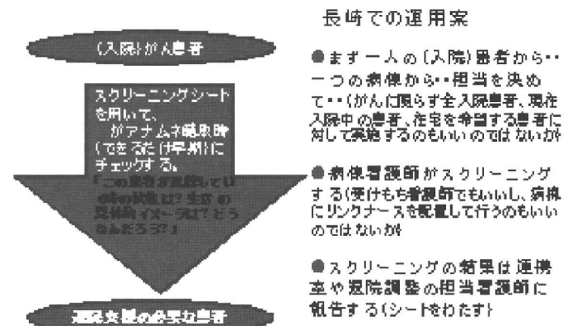
スクリーニングと退院前カンファレンスの仕組みを同院内で構築していきましょう！

長崎県立総合医療センター
地域ケア部

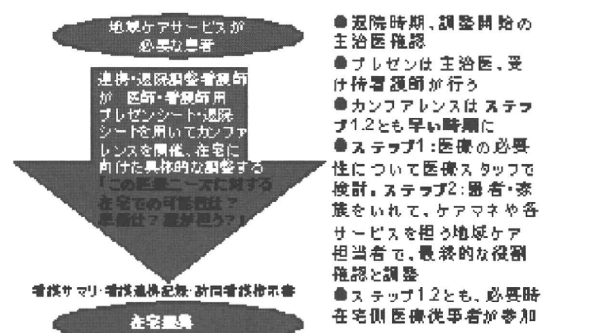
アセスメントする



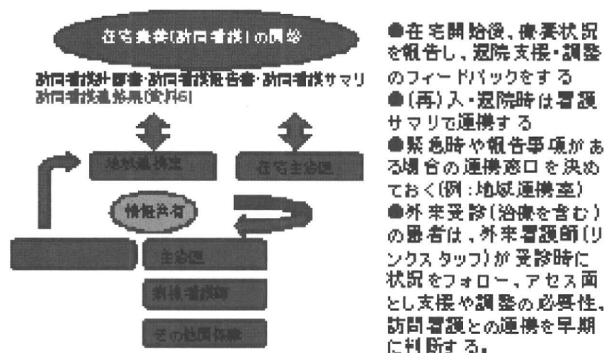
スクリーニングする



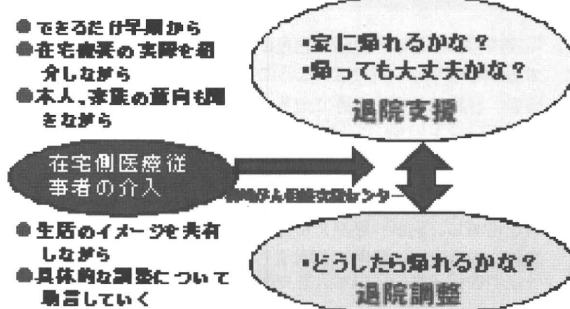
退院前カンファレンスをする



フィードバックする



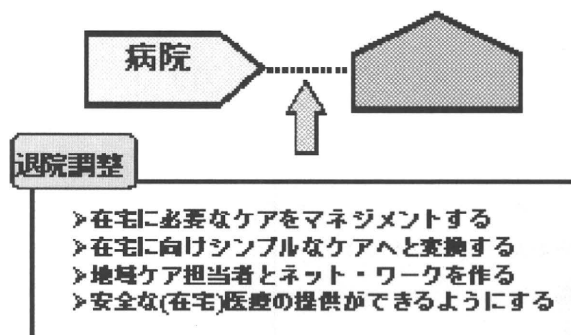
在宅療養を可能にするための「退院支援」と「退院調整」を分ける



退院支援・調整を必要とする患者

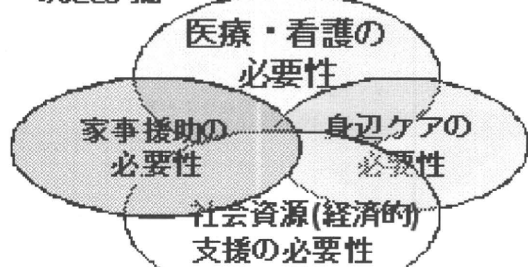
1. 再入院を繰り返している患者
2. 認知機能など退院後も高度で継続的医療が必要な患者
3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要なる患者
4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者
6. その他

退院調整のイメージ



退院支援の要素(ケア)

●各要素の必要度により退院調整担当者(看護師・MSW)を決めることも可能



村崎幸代編 | 1996 | 始めよう! 24時間訪問看護・介護 | 医学書院より一転通知して引用

退院支援・調整に関連する今後の活動について

コアリンクナースの皆さんと一緒に、地域医療機関の退院支援・調整システムの構築と患者さん(及び家族)への退院支援・調整に個別に関わっていきければ、と考え活動していく予定です。

コアリンクナースやリンクスタッフ(ナース)のいる医療機関を中心に・

- ★退院支援・調整プログラムのワークショップを個別(必要性に合わせて)に実施
- ★退院支援・調整の困難事例に対する個別介入支援
- ★緩和ケアカンファレンスから在宅支援・調整への支援

1) 「病院の退院支援・調整への取り組み」と研修報告(コアリンクナースミーティング)

長崎市立市民病院 (要旨)

2007年度のOPTIMパイロットスタディに参加し、継続してスクリーニングと退院前カンファレンスを実施している。スクリーニングを実施したことで、看護師の意識が向上し、さらにリンクスタッフの配置で院内退院調整システムの基盤ができ、医師からの退院相談が増えた。

Ⅲ. 地域報告

長崎原爆病院（要旨）

訪問看護師と看護副部長が、京都大学付属病院「地域ネットワーク医療部」で、退院支援システムの立ち上げと看護師教育の方法の研修を行う。京大は今回の退院支援・調整プログラムのモデルでもある。今から地域連携・退院支援部門ができるので目標として、院内での教育を始める。

2) コアリンクナースを中心に退院支援・調整プログラムの運用を検討

- ・退院支援プログラムの「スクリーニング」「退院前カンファレンス」は、今回の研究目的の1つであり、各病院にあわせて導入をお願いする。その際、看護部への啓発や看護職への教育的な部分はセンターが担う。
- ・OPTIMの在宅医師・訪問看護師は、退院カンファレンスのステップ1から介入可能で、主に在宅医療や療養について情報提供を行う。（理由：院内スタッフだけのカンファレンスではなかなか在宅やその可能性までには目がいかない）
- ・退院支援で、在宅側スタッフとして実際に患者に関することの打診。（※）
- ・退院支援の算定により（対象：後期高齢者）退院支援プロセスの記録と計画書が必要であり、その用紙・書き方を皆で共通理解しておく。
- ・現状の退院支援・調整プログラムのモニタリングについての協力。

3) 病院の退院支援・調整にセンター（外部者）が介入することへのコアリンクナースの意見

介入の意図：これまで、患者・家族の了解を得、3施設4件の退院支援に関する。2008年から拠点病院の緩和カンファレンスやハイリスクカンファレンスに参加していることもあり、OPTIMとして、退院支援・調整の早期（ステップ1）から在宅側医師、看護師が関することで在宅のイメージを伝え具体的に助言することができ結果在宅療養を可能にできるのではないか。

<センター介入への意見>

| 施設名 | 状 況 |
|---------------|---|
| 長崎大学病院 | 早期退院支援・調整の重要性は理解できるが、がん患者はそのタイミングが、医療的な視点（病期）・在宅移行時期の見極め、患者家族の思いなどとの関連から、説明や調整開始時期の判断が非常に難しい。その点も含め、がん患者に特化したスクリーニングや退院支援・調整の構築が必要であるとおもわれる。その観点がないと無理ではないか。 |
| 長崎市立市民病院 | プロジェクトを機会に、がん患者に限らず、退院支援・調整プログラムは運用していく予定なので、積極的に相談したい |
| 日赤長崎原爆病院 | 各病棟にがんや緩和ケアに関心があり、知識を持っているスタッフをリンクナースとして配置した。今後、OPTIM関連の研修にはおのリンクナースを中心に参加させる。 退院支援・調整システムについては、まだ未整備でまずは院内で、がんに特化してリンクナースを中心に行いたい。研修はお願いしたい |
| 訪問看護 ST（鳴見） | 現状、終末期の在宅移行する患者が目立っている。がん患者だからこそ、早期（ステップ1）で在宅スタッフの介入が必要なのではないか。連携・協力したい。 在宅移行後、患者の様子を電話で病院スタッフに報告している。様子は伝わっている。 |
| 訪問看護 ST（市医師会） | 終末期の在宅移行では、患者・家族と訪問看護師との時間が限られ、心を開いたコミュニケーションや信頼関係が構築できず、「十分サポートができなかったのでは…」という看護師のジレンマにつながる。在宅移行しなくても、訪問看護が導入しなくても早期から在宅側スタッフが介入し、在宅療養の選択肢を提案していく準備を一緒にできるいい機会になる。 |
| 訪問看護 ST（看護協会） | 現在も、退院前カンファレンスだけでなく、事前に、病院や自宅訪問で家族とコミュニケーションをはかったり、在宅療養に向けての準備（ベッドの位置など）を検討したりしている。早期に病院に入ることは、在宅療養と訪問看護についてPRできるいい機会。在宅療養のイメージ・選択する・もっと訪問看護ステーションを利用して欲しい |

2010年

- 4) 6月から8月に中央本体から中心に4地域で実施された「ベンチマークによる在宅の視点のある病棟看護師の実践に関する実態調査」に参加（事前に看護部説明に山岸氏とまわり、同意の得られた施設に実施）

Ⅲ. 地域報告

■退院支援関連研修の実施前後で2回調査に参加した施設

長崎大学病院・長崎市立市民病院・聖フランシスコ病院

■現状で1回調査に参加した施設

長崎原爆病院・長崎掖済会病院

11月 調査結果をそれぞれ報告し、担当者へのフォーカスグループインタビューを実施し

2010年インタビューの対象者

長崎大学病院（都道府県地域がん拠点病院）…地域医療連携室、専従看護師

長崎市立市民病院（地域がん拠点病院）…地域医療連携室、専従看護師

長崎原爆病院（地域がん拠点病院）…医療社会事業部、訪問看護部専従看護師

長崎県掖済会病院（一般急性期病院）…亜急性病棟、退院調整担当看護師

聖フランシスコ病院（ホスピス病棟のある病院）…地域連携室、専従看護師

センター看護師3名が加わり計8名で実施（考察参照）

2008年～2010年現在

コアリンクナースが所属する病院の退院支援・調整への取り組み

| | | 退院調整システム | 調整部署と活動 | プログラムとシートの活用 | 備考 |
|--------------------------|-------|--|--|---|---|
| 長大病院 県がん診療連携 拠点病院 | 2008年 | 以前から独自のシステムで運用 | 地域医療連携室（専従看護師・MSW）スクリーニングと病棟からの依頼シートをもとに病棟ラウンド | カンファレンスのプレゼン用紙を使用予定。（他は電子カルテにある） | がん患者の退院支援はタイミングや患者・家族の思いなど難しい |
| | 2010年 | 同様 | 病棟看護師が退院支援・調整 | OPTIM シートの使用はない | 病棟看護師の教育 退院支援の評価実施 |
| 市民病院 地域がん診療連携 拠点病院 | 2008年 | OPTIM のパイロットスタディを機にスクリーニング開始・病院システムとして運用 | 地域医療連携室（専従看護師・MSW）がスクリーニングシートをもとに病棟ラウンド 2009年から緩和ケアチームのラウンドにも参加 | システムにもとずいて、全シート活用（緩和ケアチームのケースは全員） 退院前カンファレンスの開催でシートの活用 | 病棟での認識の差が大きい これを期に、病棟・外来リンクナースを中心に全体で取り組む予定 センターの出張研修 |
| | 2010年 | 同上 | 同上 | | センターの出張研修 |
| 原爆病院 地域がん診療連携 拠点病院 | 2008年 | 独自のスクリーニングのみ | 医療社会事業部のMSWが全体的な調整、医療ニーズが多い患者は、訪問看護師が病棟と調整 | 組織改正し、プログラムの運用について話し合い | 市民病院を参考に、リンクナース（約26名）を中心としてシステム構築に取り組んでいく予定 |
| | 2010年 | スクリーニングのみ | 社会事業部と訪問看護部が一緒になるよう | 緩和ケアチーム専従看護師が、シート利用 | リンクナースの院内での活動はなし |
| 朝永病院 ホスピス病棟 | 2008年 | なし | 在宅は看護部長が個々の患者の必要性にあわせて調整 | シートを個々のケースに応じて、使用予定 | ホスピス入所はMSWが調整、今後は在宅移行も支援していきたい |
| | 2010年 | なし | ホスピス入所の調整（MSW） | 利用なし | 在宅医療総合末期で地域医療 |
| 済生会病院 一般病院 | 2008年 | なし | 地域連携室の専従看護師・MSWが病棟からの相談に応じて調整 | 個々のケースで連携室と協働して使用する予定 | 連携室の役割を明確にするためにもシステム構築は必要。今後検討。 |
| | 2010年 | なし | 専従看護師の配置がなくなる | シート使用なし | 連携室運用 |

Ⅲ. 地域報告

| | | | | | |
|---------------------|-------|----------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 掖済会病院 一般病院 | 2008年 | なし | 各病棟師長がアセスメントし患者ごとに調整実践。場合によってMSWにつなぐ | 亜急性病床設置を機にシステム作り開始予定。 | コアリンクナースとリンクナースで退院支援・調整について看護部研修会開催 |
| | 2010年 | 病院システムとしての運用なし | 亜急性病棟の退院支援看護師を中心にシステムを病院全体に広げている | 退院調整看護師が介入する患者に全シートを活用している | センターの出張研修会 |
| 聖フランシスコ病院 ホスピス病棟 | 2008年 | 以前から独自のシステムで運用 | 地域連携室（専従看護師・MSW）病棟をラウンドし相談に応じて調整 | がん患者には、プログラムシートを用いて退院前カンファレンスまで実施 | センター出張研修会 |
| | 2010年 | 同上 | 同上 | 退院前カンファレンスシートのみ | |

■ OPTIM による退院支援・調整の効果

- ・病院で退院支援システムの立ち上げプログラムに取り組めた
- ・ベンチマーク調査への参加で在宅の視点を意識して、日々の看護に取り組むようになった
- ・看護師が「退院支援」と「退院調整」を分けて理解し、退院支援に取り組むようになった
- ・OPTIM の様々な研修会に参加、また関連した研修会を院内で開催することで意識があがった
- ・訪問看護師と顔の見える関係ができて、相談や連携がしやすくなった
- ・退院前カンファレンスの数が増え、参加することで在宅療養のイメージがしやすくなった

■参加病院の「退院支援・調整プログラムに関する主な（研究）活動」

2009年度

第11回 医療マネジメント学会シンポジウム

「当院の退院支援・調整の取り組みについて」長崎市立市民病院地域医療連携室 小川富美子

第14回 日本緩和医療学会：

口演「退院支援・調整のためのスクリーニング導入の有用性についての検討～がん患者に対する退院支援・調整～」長崎市立市民病院地域医療連携室 小川富美子

2010年度

第12回 日本医療マネジメント学会シンポジウム

「当院が目指シームレスな地域連携と地域ケア」長崎市立市民病院地域医療連携室 小川富美子

日本医療マネジメント学会 第10回 長崎支部学術集会

「緩和ケアチームへ複数回依頼のあった患者の実態報告」長崎市立市民病院 中島真理子

3) わたしのカルテ

2008年度（介入前準備）…（退院支援・調整プログラムと並行して行った）

- プロジェクト参加病院の看護部に「研究説明と看護への効果」への説明し（コアリンクナースの項資料参照）、「わたしのカルテ」を紹介した。
 - その後、コアリンクナースミーティングで長崎での運用についてスライドで提案。
 - 運用は、各病院の状況に合わせて看護部経由でコアリンクナースが中心に、運用をまず院長、医局（主治医）に提案してもらう。
- 医師、看護部に対し詳細な説明が必要な場合は、センターより出向いて説明。意見ききながら運用方法を検討。
OPTIM とは別途倫理委員会にかける必要性がある。

Ⅲ. 地域報告

■医師の意見として、国民性の問題・内容のデリケートさから実施は難しいことの予測があった。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か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。

2008年の「わたしのカルテ」の配布・使用にかかる意見

| 施設名 | 状 況 |
|----------------------------|--|
| 長崎大学病院 | 「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と。配布する立場としては、配布対象者を規定してほしい。主治医の理解が得られないと使用できない。 |
| 長崎市立 | 地域医療連携室の看護師が、退院前カンファランスを開催する患者に（家族）へ時間をかけ、説明したうえで配布。 |
| 市民病院 (退院前カンファレンス対象者に配布) | 気になる質問項目や家族の了解が得られない項目（例 DNR 部分）を隠して渡している。、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、できるだけ配布したい。配布のみで意見や感想を聞くところまではいっていない。 |
| 日赤長崎 原爆病院 | 院内の会議で「わたしのカルテ」の配布対象者をどうするか、病期、誰がわたす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と「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うことを示しているのと同じ。患者・家族にとってはかなり抵抗があるのではないかと。 |
| 訪問看護 ST (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と。 ※患者の状態が悪い中で、「心肺停止」の項目はとても聞けない。 |
| 訪問看護 ST (看護協会) | 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、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、状態が厳しく書く間もなく永眠された。渡すなら治療開始早期、闘病早期のほうがいい。 |
| 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。 |
| 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、隠して渡したい（シールを準備してもらいたい） |

2009年

モニタリングでの意見

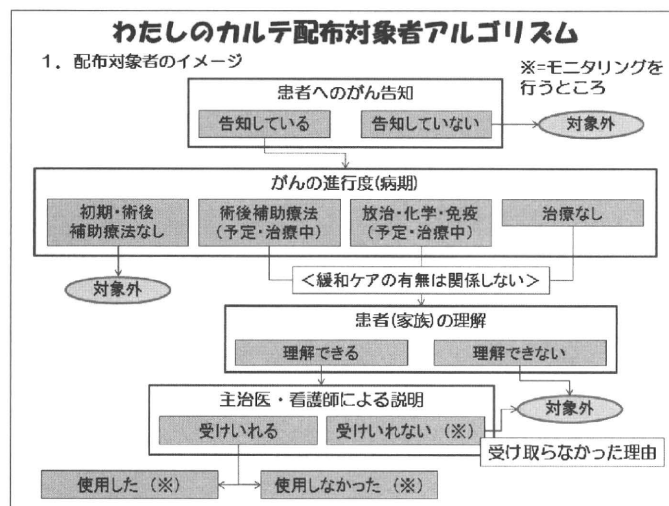
患者への配布を含め、具体的運用を院内で検討した原爆病院の医師より、「わたしのカルテ」の対象となる患者をプロジェクトのほうで特定してもらいたい（各病院で運用についての規定を作るのは無理）と意見がある。他の病院からも同様で、また患者・家族への説明にも時間を要しているため、「わたしのカルテ」対象患者、特定のためのアルゴリズム（図1）と「わたしのカルテ」患者説明（インストラクション図2）を作成。

今後の手順

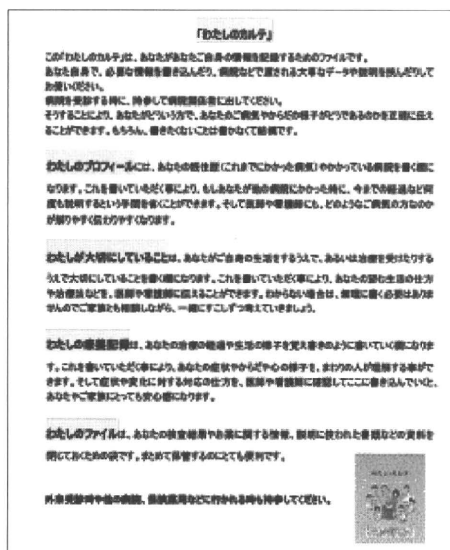
- ①コアリンクナースミーティングで説明。
- ②患者を特定し配布。まず主治医が対象患者にわたしのカルテを紹介し、同意した患者に対して看護師（病棟・外来・訪問看護師）が説明するし、約3カ月後に感想などを聞く。

Ⅲ. 地域報告

図1 わたしのカルテ配布対象者アルゴリズム



患者説明時インストラクション (図2)



③2009年「わたしのカルテ」の使用状況

| | 現在の配布数 (対象者) | 使用しての意見 | 今後の配布について | その他 |
|------------|---|--|--|---|
| 長崎大学 病院 | 配布患者なし 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アルゴリズムをつけ配布し、紹介している。 | (がん診療センター医師と外来化学療法責任者医師にセンター看護師が面談した時の意見) 患者には、主治医が紹介し看護師が説明するのがベスト。 まず医師の理解が必要。 外来で配布し説明する時間はない。退院時、病棟での配布なら可能。 カルテをもつことで、患者は管理されていると思わないか？ | 診療科・看護部・がん診療センターで具体的に検討してからでなければ使用できない。 実際の運用については組織が大きく時間がかかる。 | (看護副部長・外来相談室の看護師と面談) 外来化学療法開始の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・勧めるという二方向で進める。 |

Ⅲ. 地域報告

| | | | | |
|--------------|--|--|---|-------------------------------------|
| 長崎市立 市民病院 | 数不明 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、配布している。 | 主治医の理解が必要なので、患者を選別し個別に理解を求めている。医師の理解は得られているが、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していく予定 | 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きたい |
| 長崎 原爆病院 | 配布患者7人 | 院内会議では「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 5例 | | 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」の
使用にあたって

1. 「わたしのカルテ」の
基本的な使い方



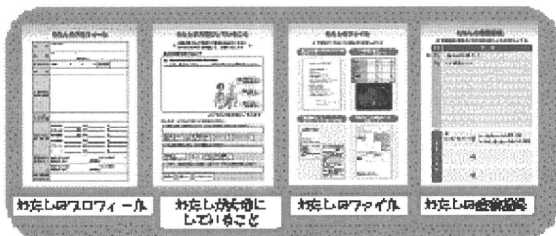
長崎がん相談支援センター

長崎がん相談支援センターの地域プロジェクトと関連医療機関 がんがれのための連携

2

「わたしのカルテ」とは？

- 患者さんが自分で所有し、治療・ケアの記録を患者さん自身で記入し、管理するノート



3

「わたしのカルテ」の対象

- 「わたしのカルテ」は、介入対象地域のがん患者とその家族で、

- 1) 患者自身ががんの告知を受けている
- 2) 主に、複数の医療機関・施設を利用している
(施設間での情報共有のニーズが高い)

方を対象に作成しています。



4

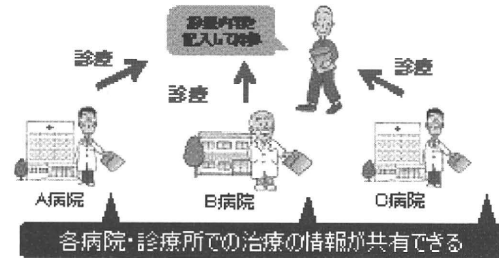
「わたしのカルテ」の目的

- 「わたしのカルテ」は、患者さんとそのご家族が、
 - 1) 治療の経過、将来起こりうる症状の変化や、その対処法などを把握し、療養場所や医療者が変わっても、安心して治療に取り組んでいただけるようにする
 - 2) 医療者に伝えたいことを書き込んでいただき、何度も同じことを説明する手間を省くためのノートです。



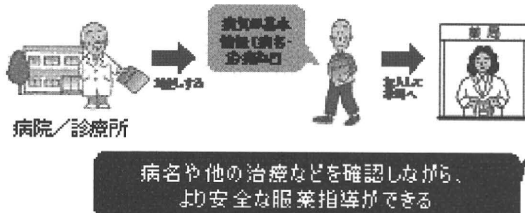
想定される使用場面(1)

- 複数の外来を受診している場合



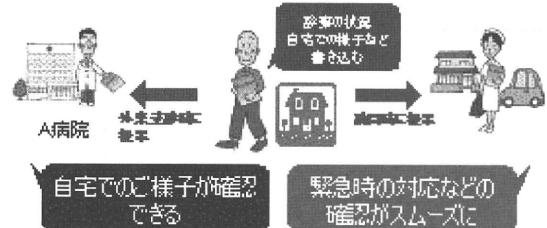
想定される使用場面(2)

- 外来で、がん性疼痛に対して医療用麻薬を処方し、保険薬局で受け取る場合



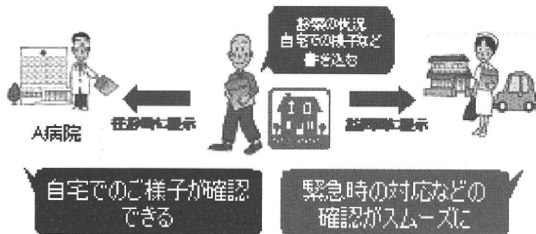
想定される使用場面(3)

- 病院や診療所に外来受診しながら、訪問看護ステーションの看護を受ける場合



想定される使用場面(4)

- 往診を受けながら、訪問看護ステーションの看護を受ける場合



お渡しする際の注意点

- お渡しする前に、患者さん(ご家族)に「わたしのカルテ」を使用するかどうかの意思確認をする。
- 患者さんが保持し、管理するノートであることが重要だと、理解していただく。
- 個人情報を含むのできちんと自己管理し、信頼できる方のみに見せるようにしていただく。
- 情報を書き込む際、書き込んでよい情報か否かを患者さん(ご家族)に確認する。

どのような情報を共有するのか



「わたしのカルテ」を共有する側の注意点

★患者に使用してもらうためには、まず患者に渡す人が十分にその目的や内容、活用方法を共通に理解していること。

★また、患者が記載した内容には、見た人で慎重かつ責任をもって対応し、ケアに反映されるようにし、反映された内容についても関わる人で共通に認識をしておくこと。

Ⅲ. 地域報告

④「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）

研究目的（下記◆）を2009年5月28日のコアリンクナースミーティングで説明し、参加病院看護部長に山岸氏と周り参加のお願いをする。

- ◆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カ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ってくるので、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ことも可能。
- ◆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、対象患者は化学療法中で、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。患者へのインタビュー協力についても了解を得ておく。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。

| 施設名 | 「わたしのカルテ」の現状とインタビュー調査への対応 |
|-----------|--|
| 長崎市立市民病院 | 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) |
| 日本海員救済会病院 | 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。 |
| 長崎大学病院 | 「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。対象者の状況から、化学療法担当部長と看護部への説明が必要。 |
| 長崎県済生会病院 | 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。 |

■参加の了解は得られたものの実際にインタビュー対象者はなく、研究への参加はできなかった。

4) 地域カンファレンスの開催

2008年度—2010年度

地域の緩和ケアの課題や連携強化のために、実現可能な解決策を施設・地域の関係職種が集まって討議した。毎回開催に向けプロジェクトメンバーの多職種代表が、準備メンバーとして平均2回の準備会を開催した。準備メンバーは毎回進行役とファシリテーターを担った。

Ⅲ. 地域報告

| 日 時 | 内 容 |
|------------------------------------|---|
| 第1回 2009年 3月26日(木) 19:00～ | <p>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。</p> <p>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</p> <p>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%）</p> |
| 第2回 2009年 6月10日(木) 18:30～ | <p>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</p> <p>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」（30分） 日本対がん協会 山岸 暁美 ②課題別 多職種によるグループワーク（120分） ③全体討議</p> <p>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</p> |
| 第3回 2010年 1月30日(土) 16:30～ | <p>内 容：第2回地域カンファレンスで見えてきた緩和ケア及び退院支援・調整の各課題について解決策を多職種で話し合う。そしてこれを全体で共有し、今後の長崎での活動の指針とする。</p> <p>参加者：47名（医師9名、看護師17名、薬剤師6名、CM10名、MSW4名、その他1名）</p> |
| 第4回 2010年 8月5日(木) 19:00～ | <p>目 的 ①長崎地域の「緩和ケア」・「地域連携」に関する課題の共有と解決策の提案 ②「地域カンファレンス」への参加を通して、交流と有機的連携への機会にする ③長崎地域の「緩和ケア」「地域連携」への取り組みの目標を得る</p> <p>内 容 ①報告：地域カンファレンスへのこれまでの取り組み （前回のグループワークのまとめ） ②グループワーク：テーマ「長崎地域における緩和ケアと地域連携の課題と改善策」 ③全体討議</p> <p>参加者：合計57名（医師9名、看護師23名、薬剤師11名、ケアマネジャー8名、MSW3名、その他3名）</p> |

5) 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援

①地域緩和ケア連携医師 リンクスタッフ

2008年

■長崎地域は、地域介入という特徴があるため、プロジェクト開始にあたっては広く関係機関、関係職種に、協力と参加を依頼する必要があった。

そのために、介入前から、がん拠点病院や長崎市医師会会員、地域医療機関・介護関連機関、多職種への研究説明会を行った。（研修会の項参照）

その後、「地域緩和ケア連携医師」「地域緩和ケアリンクスタッフ」として文書で就任をお願いし、リンクスタッフとして登録した。（一覧表の作成）

■依頼にあたってのリンクスタッフおよび運営委員の意見

- ・医師は「スタッフ」という言い方に慣れないので「地域連携医師」とし、その他の職種を「リンクスタッフ」といったほうがいだろう。
- ・就任によってどのような役割が求められるのか（薬剤師・看護師などから）
- ・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。

Ⅲ. 地域報告

- ・ 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。
- ・ 病院主治医に在宅移行の意識が低い、ここにどのように啓発していくか
- ・ 各病院会（？）単位での講習会を開催する。
- ・ OPTIM での対象は進行がん、末期の方が多くなるのか
- ・ リーフレットをできるだけ広く配布して、周知していけるよう協力が必要
- ・ がん相談支援センターへは、がん治療についての相談が多くなる事が予測される
- ・ 各講習会には何らかのインセンティブがいるのではないか
- ・ 看護師でも講習会・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。
- ・ 在宅主治医決定方法については、Dr. ネットと同じ方法になるのか

2009年～2010年

介入以降は、あらためてリンクスタッフとしての依頼は行わず、研修会等の参加を機に新たにリンクスタッフの希望があった場合は、その都度就任をお願いし追加した。

地域緩和ケア連携医師・地域緩和ケアリンクスタッフ一覧

プロジェクト協力施設（長崎）（平成20年9月現在）

| | | |
|-------------------|------------------|-----------------|
| 診療所78施設 79名 | (医) 長谷川医院 | 中央クリニック |
| あおぞら内科クリニック | (医) 浜崎外科医院 | 中央橋眼科 |
| あきよし都美内科クリニック | (医) 原口医院 | つつみ内科クリニック |
| 雨森内科医院 | (医) 原田医院 | つるた医院 |
| 有高クリニック | (医) 宏友会 さとう内科医院 | どうつ耳鼻咽喉科クリニック |
| 井石内科医院 | (医) 福曜会 福田医院 | 尚生クリニック |
| 猪狩医院 | (医) 宮崎内科医院 | 中嶋クリニック |
| 池田整形外科クリニック | (医) 森医院 | 鳴見台山中クリニック |
| いとう内科医院 | (医) 諸岡整形外科医院 | 西田内科胃腸科医院 |
| 入江医院 | (医) 山元内科 | 野田消化器クリニック |
| (医) 赤司消化器クリニック | (医) ゆきなり・クリニック | 東長崎皮膚泌尿器科医院 |
| (医) 麻生外科医院 | (医) 吉見内科胃腸科 | 藤井外科医院 |
| (医) 井手内科クリニック | (医) 河野内科医院 | 藤田外科医院 |
| (医) 今村整形外科医院 | (医) 社団 奥平外科医院 | 牧医院 |
| (医) 浦野外科医院 | (医) 社団 康仁会 林医院 | 松崎内科循環器科 |
| (医) 北里外科肛門科クリニック | (医) 社団 昭成会 岩永医院 | まつもと内科・麻酔科クリニック |
| (医) くぼいちろうクリニック | (医) 社団 博生会 大久保医院 | 三島内科医院 |
| (医) 耕雲会 おおつる内科医院 | (医) 社団 東望大久保医院 | みのり会診療所 |
| (医) さかもとクリニック | (医) 社団 深堀内科医院 | 武藤内科医院 |
| (医) 白髭内科医院 | (医) 社団 まわたり内科 | 諸熊内科医院 |
| (医) 清栄会 ハシモト耳鼻咽喉科 | 岩永外科クリニック | 安中外科・脳神経外科医院 |
| (医) 太寿会 こうの医院 | 浦クリニック | 山根内科・胃腸科医院 |
| (医) たくま医院 | 奥内科・循環器科医院 | 吉田医院・小児科内科 |
| (医) 鶴泉会 牟田産婦人科 | 影浦内科医院 | わたべクリニック |
| (医) 出口外科医院 | 桑原医院 | 歯科診療所 1施設 1名 |
| (医) 中村内科医院 | さくら内科 | 西上歯科医院 |
| (医) 中村内科クリニック | たかひら内科循環器科 | |
| | 千々岩医院 | |

Ⅲ. 地域報告

| | | |
|---|---|---|
| <p>薬局 54施設 65名 あおい薬局 あおぞら調剤薬局 アクア薬局本店 あずさ薬局 鮑の浦店 岩屋橋薬局 宇都宮薬局「スワ」 おおほま調剤薬局 オランダ坂薬局 海岸通り薬局 カイゼン薬局 かえで薬局 京泊薬局 さいかわ薬局 桜町調剤薬局 桜町調剤薬局 大瀬戸店 桜町薬局 佐藤薬局</p> | <p>中島川薬局 中町薬局 ななしま薬局 滑石薬局 浜口町薬局 はら薬局 ひかり町薬局 日之出調剤薬局 広馬場薬局 湊町調剤薬局 ベンギン薬局 宝栄調剤薬局 ホンダ薬局 マキ薬局 丸一薬局 宮崎薬局バス通り店 やすらぎ薬局 山形薬局 山形薬局 さくら調剤薬局 山形薬局 脇岬店</p> | <p>さわだ薬局 サンタ薬局 シーボルト通り薬局 白鳥町薬局 新戸町薬局 嵩下薬局 竹村永楽堂薬局 ためし薬局 チトセ調剤薬局 つばさ薬局 長崎市薬剤師会薬局 ゆかり調剤薬局 ゆかり薬局大浦店 ゆかり薬局上戸町店 よしむら薬局 ライン薬局 ラベンダー薬局</p> |
| <p>病院 17施設 93名 長崎大学医学部・歯学部附属病院 日本赤十字社長崎原爆病院 長崎市立市民病院 聖フランシスコ病院 医療法人弘仁会 朝永病院 長崎記念病院 長崎友愛病院</p> | <p>医療法人 光善会 長崎百合野病院 医療法人 常業会 長与病院 医療法人 恵会 光風台病院 社会福祉法人 恩賜財団済生会 長崎県済生会病院 社会福祉法人 十善会 十善会病院</p> | <p>特別医療法人 春回会 井上病院 医療法人保善会 田上病院 三菱重工株式会社 長崎造船所病院 独立行政法人 国立病院機構 長崎病院 日本海員救済会長崎病院</p> |
| <p>訪問看護ステーション 9施設 34名 十善会訪問看護ステーション訪問看護ステーション セントケア長崎(セントケア訪問看護ステーション長崎) フランシスコ訪問看護ステーション 訪問看護ステーションながよ</p> | <p>長崎県看護協会訪問看護ステーション YOU 長崎県看護協会訪問看護ステーション YOU 東長崎 長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所</p> | <p>訪問看護ステーション鳴見 長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所 訪問看護ステーションたちばな</p> |

| | |
|---|--|
| <p>居宅介護支援事業所 20施設 43名 医療法人 蘭佑会 ダイヤランド崎望館 介護支援センターながさきケアプランステーション 介護支援センターながさきケアプランステーション伊勢の社 介護老人保健施設・ナーシングケア横尾 株式会社 ケアリング長崎 株式会社 メディカルネットワーク指定居宅介護支援事業所 居宅介護支援事業所 ケアサポート恵 居宅介護支援事業所 はるかぜ 居宅介護支援事業所 プライエム横尾 居宅介護支援 センター太陽 ケアプランセンター みなつき 恵珠苑 居宅介護支援事業所 指定居宅介護支援事業所 古賀の里 指定居宅支援事業者 光風台病院 社会福祉法人到遠会指定居宅介護支援事業者 サンハイツ 多機能福祉施設ユアライフ滑石 長崎県看護協会ケアプランセンター 長与病院 居宅介護支援事業所たんぼぼ</p> | |
|---|--|

Ⅲ. 地域報告

| | |
|---|-------------|
| ニチイケアセンター長崎 伯陽会かたかべ医院長崎ケアプランサービス | |
| 地域包括支援センター 2施設 4名 長崎市南部地域包括支援センター 長崎市西浦上・三河地域包括支援センター | 計181施設 319名 |

②コアリンクナースの配置

OPTIMの目標に向かい、看護に求められる役割と病院看護師と訪問看護師、診療所看護師の連携が、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、プログラム運用に係わっていただくコアリンクナースを配置した。配置にあたっては、参加病院看護部と訪問看護ST、診療所に個別に研究説明後、ナースを選出して頂き、地域責任者から「委任状」をお願いした。

説明内容

①OPTIMプログラムと看護への期待

- 施設内及び在宅への早期退院調整の仕組みの確立
- 在宅も含め各看護の効率化と負担感の軽減
- スムーズな在宅移行と在院日数の短縮
- 看護師の意識の変容効力感の向上
- 緩和ケアに関する知識・技術の向上

これらの実施による患者・家族のQOLの向上に実現！

②コアリンクナースの役割（看護部長へのお願）

1. コアリンクナース・ミーティングへの参加（3ヵ月に一回開催予定）
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（講師）

③各コアリンクナースの役割

（緩和ケアチーム看護師）

- ・在宅療養と退院調整（地域連携）看護師との連携
- ・緩和ケアに関する助言
- ・退院前カンファレンスへの参加

（退院調整看護師）

- ・退院支援・調整プログラムの院内マネジメント
- ・在宅ケアチームとの直接連携と退院前カンファレンスの開催

（外来看護師）

- ・入院患者のスクリーニング
- ・外来通院患者のフォローと在宅療養支援

（訪問看護ステーション）

- ・退院調整への助言
- ・退院前カンファレンスへの参加
- ・在宅療養に関する情報提供

Ⅲ. 地域報告

④プログラム介入までの課題

(施設側)

- ・施設内での看護—看護連携が希薄である
- ・患者・家族と退院後の生活について話す機会や時間がない
- ・病院内の退院調整の仕組みが整っていない
- ・難病、小児、若年がん患者の在宅を含めた支援体制や高齢者の施設入所先がない

(訪問看護側)

- ・訪問看護 ST ごとに看護の質及び提供内容に差がある
- ・提供施設など資源の地域格差と訪問看護師の数不足がある
- ・利用者の受け入れ可能情報を提供する手段を持たない
- ・小規模運営のため許容範囲が狭い
- ・がんも含め、重症や亜急性期患者の退院調整に時間と労力を要している

<コアリンクナースの人数>

2008年：29名（がん拠点病院やホスピスの緩和ケア認定看護師、連携室看護師、訪問看護師等）

2009年：34名（診療所看護師と、（民間）訪問看護ステーション病院2か所、緩和ケア認定看護師、ホスピス病棟師長を追加）

2010年度：35名（市健康づくり課保健師追加）

■壁を超えた看護連携を可能にした OPTIM の効果

OPTIM が戦略研究であり、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、特に看護の役割が大きい点など、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が大きかった。長崎でのこの取り組み・組織作りは画期的で、その後の地域連携促進の大きな原動力となった。

■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化が図れる。
- ・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。

6) その他のトライアル

①拠点病院の緩和ケアカンファレンス

2008年～

長崎市内の3つのがん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに在宅医、訪問看護師が定期的に参加し、在宅移行に向けた助言を行った。参加の目的（図1）、がん患者の医療の現状（図2）

Ⅲ. 地域報告

図1 緩和ケアカンファレンス参加の目的

① 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
⇒ **緩和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個別化
- 3) 医療依存度が高く、重症でも、**在宅ケア** が可能であることを主治医科に対して具体的に情報を提供する。

図2 がん患者の医療の現状

● 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欲の差が求められる
- ・延命治療の現実—ギアチェンジの時期が不明確
- ・患者(家族)とともに生活をイメージする時間や機会がもてない—看護師の意欲の差が求められる
- ・在宅医療や在宅療養の現場、システム及び具体的に「見えていない」—在宅医療従事者からの情報提供
- ・施設内の退院前と在宅医療連携のしくみや方法が整っていない—在宅向けに計画の特定が難しくなる
- ・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

① 各がん診療拠点病院への参加状況

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 13:30~15:30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 |
| 2008年度 | | 16人 | 12人 | 7人 | 14人 | 5人 | 14人 | 15人 | 15人 | 11人 | 18人 | 8人 | 16人 |
| 2009年度 | | 12人 | 13人 | 19人 | 26人 | 13人 | 18人 | 19人 | 13人 | 8人 | 15人 | 14人 | 10人 |
| 2010年度 | | 12人 | 8人 | 15人 | 14人 | 6人 | 14人 | 13人 | 8人 | 9人 | 9人 | 6人 | 8人 |
| 主な出席者 | | 診療所医師1名、社会福祉士1名、管理栄養士1名、がん相談支援センター看護師1名 | | | | | | | | | | | |

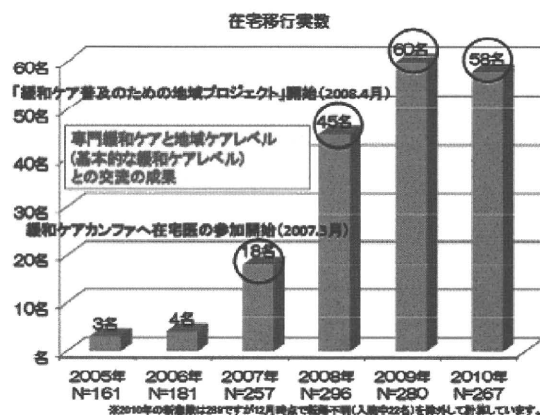
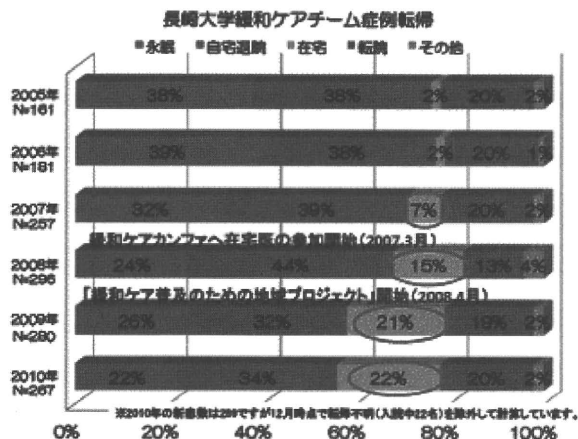
長崎市立市民病院 緩和ケアチームカンファレンス (毎週水曜日 17:30~20:00開催)

| 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 |
| 2008年度 | | 12人 | 7人 | 12人 | 13人 | 11人 | 11人 | 16人 | 8人 | 10人 | 7人 | 8人 | 10人 |
| 2009年度 | | 20人 | 14人 | 16人 | 23人 | 16人 | 21人 | 24人 | 18人 | 22人 | 20名 | 19名 | 27名 |
| 2010年度 | | 23名 | 10名 | 21名 | 19名 | 18名 | 17名 | 20名 | 10名 | 14名 | 15人 | 14人 | 21人 |
| 主な出席者 | | 診療所医師2名、病院医師1名、訪問看護師1名、がん相談支援センター看護師1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 17:30~18:30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 |
| 2008年度 | | 3人 | 3人 | 2人 | — | 2人 | 3人 | 5人 | 4人 | — | 4人 | 2人 | 3人 |
| 2009年度 | | 3人 | 5人 | 2人 | 2人 | 4人 | 4人 | 4人 | 4人 | 4人 | 5人 | 3人 | 3人 |
| 2010年度 | | 3人 | 3人 | 2人 | 4人 | 3人 | 7人 | 3人 | 3人 | 4人 | 3人 | 4人 | 1人 |
| 主な出席者 | | 診療所医師2名、訪問看護師1名、がん相談支援センター看護師1名 | | | | | | | | | | | |

Ⅲ. 地域報告



②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

2008年～

がん患者に特定せず、退院支援・調整が困難なケースについて毎週2～3事例を提示してもらい、その事例について在宅医や訪問看護師が情報提供や具体的な助言を行う。

◆2008年9月以降、大学病院が週1回定期開催

2009年

6月より市民病院「地域医療連携室」と長崎原爆病院が4月より月1回開催するようになる

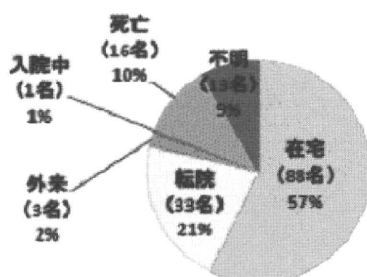
長崎大学病院 地域医療センターハイリスクカンファレンス (毎週水曜日 16:00～17:00)

| 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 |
| 2009年度 | | 17人 | 21人 | 17人 | 35人 | 18人 | 14人 | 19人 | 23人 | 16人 | 29人 | 22人 | 26人 |
| 2010年度 | | 24人 | 17人 | 31人 | 24人 | 21人 | 26人 | 26人 | 14人 | 23人 | 18人 | 17人 | 24人 |
| 主な出席者 | | 診療所医師2名、社会福祉士1名、管理栄養士1名、がん相談支援センター看護師1名、訪問看護師2名(輪番制) | | | | | | | | | | | |

長崎市立市民病院 地域医療連携室ハイリスクカンファレンス (毎月1回 水曜日 18:30～)

| 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 |
| 2009年度 | | | | 7人 | 8人 | 5人 | 3人 | 10人 | | 5人 | | 5人 | 4人 |
| 2010年度 | | 4人 | | | | | | | | | | | |
| 主な出席者 | | 診療所医師2名、病院医師1名、がん相談支援センター看護師1名、訪問看護師1名 | | | | | | | | | | | |

長崎大学ハイリスクカンファレンス症例転帰
(2008年9月～2010年9月)のべ209件(154名)
月間平均:のべ8件(6名)



Ⅲ. 地域報告

③在宅移行ケースのかかりつけ医の紹介システム

2008年～

ハイリスクカンファレンスに参加する中で、大学病院が主治医で（ターミナルでの在宅療養や外来化学療法患者、慢性疾患、難病）かかりつけ医がいない患者の問題が出される、

そこで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」の依頼をすることで、患者ニーズにこたえとともに「地域緩和ケア連携医師」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ように取り組んだ。

「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」以外の医師であり、地域での受け皿医師の広がりが期待できる。

そこで、参加病院に周知するために依頼と情報フォームと同意書を作成した（下記）

同時に、連携医師にも文書送付とメールで送り協力を依頼した。

なお、依頼の仲介は長崎がん相談支援センターがおこなった。

しかし、Dr. ネットの主治医紹介システムが確立している現状ではほとんど実働できなかった。

情報提供フォーム

個人情報の使用にかかわる同意書

| 主治医・在宅移行へのお願い | 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>患者情報: sh (女性) (90歳)</p> <p>疾患名: <u>肺癌、胸部大動脈瘤</u></p> <p>既往歴: <u>高血圧、高脂血症、両側腎結石、腎のう胞、慢性心不全、不整脈、低蛋白血症</u></p> <p>現在までの経緯: <u>長崎診療所に慢性心不全で外来フォローを受けていた。もとも食欲がなく、エンシュアキッドやヤクルト等を摂取していたが、入院1週間前より嘔吐頻度をしなくなり、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 シアラ44.0だった。胸部の大動脈瘤も指摘され、最大短径は76mm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>療養に関する要望: <u>予後は半年～一年と診療に告知。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を受けていますが、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」と思っているだろうから、家族も連れて帰りたい」と話しています。ADL:車椅子移動ほぼ金介助 自宅では遠くて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>在宅医に関する要望: <u>長崎診療所は診察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。(緊急時は済済会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>現在の療養場所: <u>日本海員経済会長崎病院 5階病棟 510号室</u></p> <p>現在の治療状況: <u>内服薬:アムロジウムOD2.5mg 1×朝 マグミットST3×n 点滴 :アミグラド600ml 1日1本 食事 :食事摂取量が少ないため、高栄養流動食(CZポチ)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下さる存在が必要と思い、相談センターに依頼しました。</u></p> <p>返事の連絡先: <u>日本海員経済会長崎病院 退院支援担当 宮崎久美 TEL 095-824-0610</u></p> | <p>所在地 <u>長崎市坂本町</u> 名称 <u>長崎大学病院</u> 院長</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>同意日 <u>平成 年 月 日</u></p> <p>施設名 <u>長崎がん相談支援センター (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 剛徳</u></p> <p>利用者 住所 氏名 印</p> <p>代理人 (続柄) 住所 氏名 印</p> <p>家族 (続柄) 住所 氏名 印</p> |