

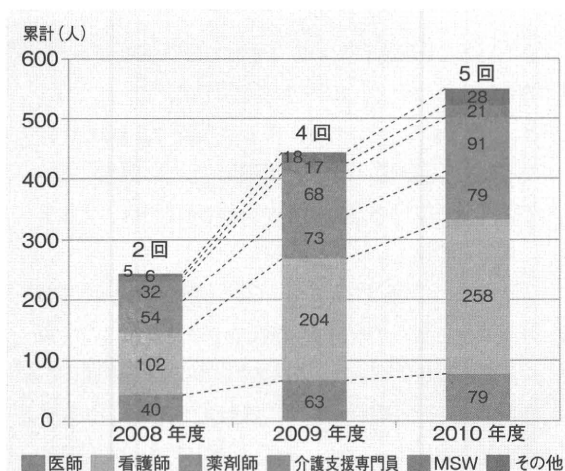


図 55 多職種連携カンファレンスの回数と参加人数

松地域の医療福祉従事者が集まるカンファレンスとして開催された。3年間に、累計5回開催され、延べ〇〇〇名が参加した(図55)。職種では看護師が〇〇%と最も多く、介護支援専門員〇〇%、薬剤師〇〇%、医師〇〇%であった。

①第1回(2008年度、「浜松緩和ケア連携会議」)

第1回の多職種連携カンファレンスは、2008年7月12日(土)の14時より、プロジェクトの実施主体である聖隷三方原病院にて開催された(図56)。



図 56 多職種連携カンファレンスの様子

第1回の目的は、①地域の医療福祉従事者が顔見知りになること、②地域の課題と解決策の抽出であった。プログ

緩和ケア普及のための地域プロジェクト 「第1回 浜松緩和ケア連携会議」プログラム

日時:平成20年7月12日(土)14:00~17:00 於:聖隷三方原病院 救急棟3F 大ホール

I. イントロダクション・ゲームの説明 14:00~14:10

1) 本日の集まりの趣旨を共有します

- ①OPTIMプロジェクトの概要 ②地域連携における本日の位置づけ
- 2) 地域のパートナーに自己紹介と、言いたいことを伝えられる「ゲーム」をします
- ③皆様あてに自分の得意なことや今回得たことを紙に書いて伝え合います
- ④各施設あてに、がんばっていること、知りたいことを紙に書いて伝え合います

II. パネルディスカッション 14:00~15:30

1) 施設の緩和ケア・連携の現状と課題、解決策を自由にご発表いただきます

- 〇〇〇〇〇〇病院 (地域連携室: ☆☆☆☆看護師)
- 〇〇〇〇〇〇病院 (緩和医療科: ☆☆☆☆医師)
- 〇〇〇〇〇〇病院 (がん教育研究センター: ☆☆☆☆医師)
- 〇〇〇〇〇〇病院 (ホスピス: ☆☆☆☆医師)
- 〇〇〇〇〇〇病院 (がんサポートセンター: ☆☆☆☆看護師)
- 〇〇〇〇〇〇クリニック (☆☆☆☆医師)
- 〇〇〇〇〇〇診療所 (☆☆☆☆医師)
- 訪問看護ステーション〇〇〇 (☆☆☆☆看護師)
- 〇〇〇〇〇〇薬局三方原店 (☆☆☆☆薬剤師)
- OPTIMプロジェクト (☆☆☆☆医師)
- コメント: 〇〇〇〇ケアプランセンター (☆☆☆☆ケアマネジャー)
- 〇〇〇〇〇〇病院 (☆☆☆☆薬剤師)

2) ディスカッション 15:30~15:45

III. グループに分かれてフリーディスカッション 15:55~16:50

いくつかのグループに分かれてテーマごとに解決策を話し合います

- 1. 病院薬剤師と保険薬局の連携 ①北部(病院薬剤師, 保険薬局薬剤師)
- 2. 病院薬剤師と保険薬局の連携 ②南部(病院薬剤師, 保険薬局薬剤師)
- 3. 診療所におけるがん医療の取り組み(診療所医師)
- 4. 入所可能な施設(ホスピス・療養病棟等)の確保について考える(多職種)
- 5. 訪問看護師の負担感を軽減するための方法を考える(多職種)
- 6. 一般病院での緩和ケアのすすめ方 緩和ケアチームのあるとき・緩和ケアチームのないとき(病院医師, 病院看護師)
- 7. 早期から在宅サービスの利用をすすめる方法を考える(多職種)
- 8. 病院スタッフと地域の医療福祉従事者(ケアマネジャー, 訪問看護ステーション, 診療所)が意思疎通をとる方法を考える(多職種)
- 9. 聖隷三方原病院の遠隔支援・調整 ①外科・消化器系(病院看護師, 医師, ケアマネジャー, 訪問看護師, 診療所看護師)
- 10. 聖隷三方原病院の遠隔支援・調整 ②呼吸器系(病院看護師, 医師, ケアマネジャー, 訪問看護師, 診療所看護師)

IV. フリータイム 16:50~17:00

V. 閉会の言葉

平成20年7月12日

図 57 第1回浜松緩和ケア連携会議のプログラム

ラムは、①パネルディスカッションとして施設ごとの紹介をした後、②テーマごとのグループワークが行われた(図57)。テーマは、「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」「病院薬剤師と保険薬局の連携」「退院支援」などが設定され、8~12名で行われた。

施設紹介では、各施設から連携の現状と課題、解決策を発表した(図58)。

プログラムの進め方

事前準備としてA4判の所定の用紙を準備し、会場で配布した。「私はわたし」には、得意なことやいま頑張っていること、みんなに知っておいてほしいことを、「Xさんからの手紙」には他施設宛てに先方が頑張っていること、知りたいこと、困ったことを記載するように設定した。また、パネルディスカッションについては、各施設の担当者に会やパネルディスカッションの趣旨、方法などについてステアリングメンバーから説明と依頼を行った。各施設における緩和ケア・連携の現状と課題、解決策について自由に発表してもらうようにした。

会議後の質問紙調査では、「施設紹介の発表時間が長すぎる」「グループでの話し合いをしたい」とい

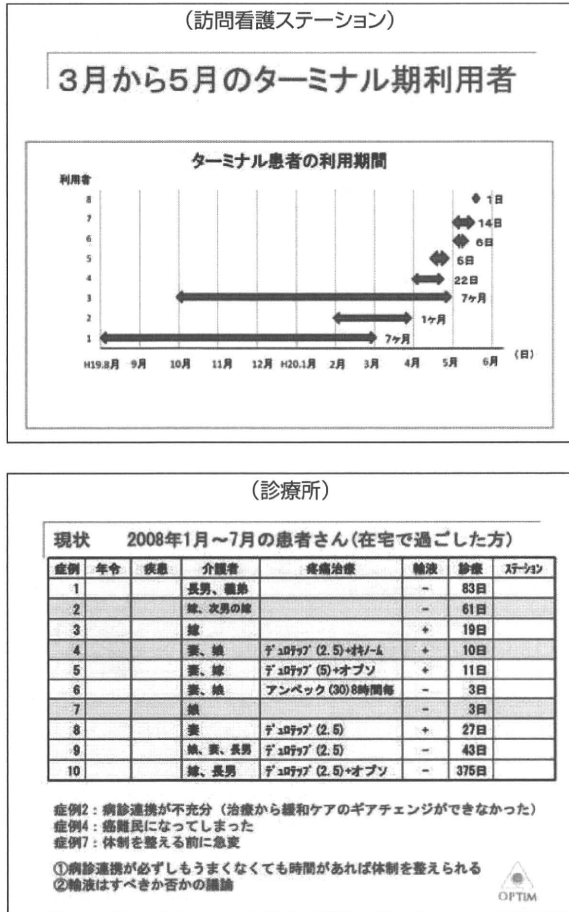


図 58 多職種地域カンファレンスで使用された施設紹介の発表例

う声が多かった。また、浜松地域は広範で地域によって連携をとるグループが異なるため、「テーマごとに話し合うほかに、地域ごとに話したほうがより連携の課題を話しやすいかもしれない」との意見があった。したがって、第2回目は地域ごとの話し合いを主として行うこととした。また、「Xさんからの手紙」は記入する人が20名くらいと少なく、あまり活用されなかったため、次回からは行わないこととした。

初回のため交流を深めることを目的に、学校教育で利用される自己紹介（「私はわたし」：得意なことやいま頑張っていること、みんなに知っておいてほしいことを記入）やゲーム（「Xさんからの手紙」：他の施設宛ての手紙）が行われ、自己紹介（「私はわたし」）はExcelでまとめられ、参加者に送付された（資料23）。

⑤第2回（2008年度、「浜松緩和ケア連携会議」）

第2回の多職種連携カンファレンスは、2008年11月8日（土）の14時より、聖隷三方原病院にて開催された。第2

回では、参加者の声に基づき、地域ごとの連携を強化することを目的として、参加者が地区ごとに11のグループに分かれて、地区ごとの話し合いが行われた。プログラムは、①OPTIMプロジェクトとがん緩和在宅医療の進捗についての説明、②地域のがん緩和ケアに関わる連携の課題と解決策についてのグループワーク、③全体での共有、であった（図59）。

話し合いでは、がん緩和ケアにかかわる連携の「課題」を青の付箋に、「解決策」を黄色の付箋に記入し、模造紙に並べながら意見を出し合うように設定された。

緩和ケア普及のための地域プロジェクト

「第2回 浜松緩和ケア連携会議」プログラム

日時：平成20年11月8日（土）14:00～16:00 於：聖隷三方原病院 救急棟3F 大ホール

本日の連携会議の目的

“地域ごとの顔の見える関係づくり”
 地域のがん緩和ケアにかかわる
 1) 当事者同士で解決可能な課題と解決策を考える
 2) 地域全体の課題をはっきりさせる

I. イントロダクション（14:00～14:05）
 本日の集まりの趣旨を共有します

II. レクチャー（14:05～14:15）
 ①OPTIM進捗
 ②がん緩和在宅医療の進捗

III. ディスカッション
 ①地域ごとのグループディスカッション（14:15～15:15）
 地域のがん緩和ケアにかかわる“連携の課題と解決策”を話し合います
 当事者同士で解決可能な課題と解決策 & 地域全体で考えなければいけないこと
 *11地域…北部(1)(2)、中部(1)(2)(3)、南部(1)(2)、西部、東部
 ②全体でのディスカッション（15:15～16:00）
 他のグループへの質問など、地域全体の課題の共有・方略の相談

IV. 閉会のことば
 *アンケートにご協力をお願いします *グループで写真撮影をします
 ※終了後、「がん診療連携拠点病院緩和ケア担当者会議」(30分)を行います
 拠点病院の医師・看護師の方は残ってくださいようお願いいたします

図 59 第2回浜松緩和ケア連携会議のプログラム

また、施設紹介に関しては、発表の形ではなく、どの施設でどのようなことをしているのかがわかるようなスライドを各施設で作成し、カンファレンスのあいだ、Power Pointのスライドショーの反復でサブスクリーンに流す試みが行われた（図60）。

⑥第3回（2009年度、「OPTIM多職種地域カンファレンス」）

第3回の多職種連携カンファレンスは、2009年4月11日（土）の13時半より、聖隷三方原病院にて開催された。2008年度の多職種連携カンファレンスのまとめと2009年度の行動計画の共有、そして連携の課題に対する具体的な解決策を考えることが目的とされた。プログラムは、①前半に1事例について関わった多職種が発表する事例検討が行わ

連絡窓口: ○○○○(ケアマネージャー)
○○○○区○○○
TEL&FAX: ○○○○○○、携帯: ○○○○○○
E-mail: ○○○○○○

〇〇〇〇居宅介護支援事業所

●ご利用者やご家族にとって、住み慣れた場所で、
【美味しく食べ、気持ちよく出し、愉し過ごし、心地
よく眠ること】を生活の質とし、そのかたの当たり前
の毎日の暮らしを、おだやかに保ち継続すること。
ひとりひとりの個性を尊重し、地域とのつながりを大
切にし、ます。

●医療系のケアマネージャーが、在宅医療されるかたやご家族へ、ケアマネジメントを提供します。
●最期まで、あなたの身近な支援者のひとりとして誠意をもってお手伝いします。地域に根ざした対応で、提供地域は〇区〇〇(〇・〇〇・〇・〇〇)周辺。

(ちよつと紹介) 静岡コンチネンツ学習会 事務局
●だれもが気持ちよく参加ができる社会をめざして、浜松まちづくりセンターで、症例検討や体験・研修報告会などの定例会や発表活動などを行っています。

会員や、出前紙芝居のボランティアを募集中！ ⇒
お一みずくんのへんしん・玉葱のみかたうんちまん

●「ストーマ・ろう孔・排泄・ウインド・スキンケア全般に関する個別の相談、用具や方法の提案・助言・慣れる練習など」を支援しています。

●「保険外有償サービスで、原則完全予約制、費用はめやす：運動1時間¥1500から＋交通費1km ¥60(訪問エリアに因って)、日程とあわせて事前にお願い下さい。」

●「個別のケア相談のほか、訪問や施設ケア担当者のかたへのご説明や研修も対応します。(詳細については、ご相談下さい。)



診療所の発表

○○○○○○○○○医院

連絡窓口：副院長 ○○○○(医師)
○○○○区○○○○○
TEL:○○○○○○ FAX:○○○○○○

- 緩和ケアに関しては麻薬処方、往診等の対応を行っています
- がん以外の基礎疾患やがんの随伴症状への加療、転倒等による外傷の加療、採血、X-P、超音波等の検査、胃ろう交換、尿道カテーテル等、いろいろなサポートも行っています



図 60 スライドショーによる施設紹介

プログラムの進め方

事前準備として、自己紹介用のピンクの付箋と、ディスカッション用の青・黄色の付箋を用意した。ピンクの付箋は、グループワークを始める前に施設名・氏名・職種と、「がん患者・家族に対して今行っていること・行いたいこと」を記入して、自己紹介する際に掲示してもらうようにした。青・黄色の付箋は、グループディスカッション前にがん緩和ケアにかかわる連携の「課題」を青に、「解決策」を黄色に記入してもらった。付箋を使用しながらグループワークを進めることで、グループ内で意見を出しやすくなることを意図した。

上記の内容については、スタッフマニュアルを作成し、プロジェクト実施施設のスタッフからなるファシリテーターで打ち合わせを行った（資料 24）。

れ、②後半に2回目と同様地区ごとに11グループに分かれて、退院支援など地区の主要な課題についての解決策がグループワークで話し合われた(図61)。

平和ケア普及のための地域プロジェクト

「OPTIM多職種地域カンファレンス」プログラム



日時：2009年4月11日（土）13:30-17:00 於：聖三一学院病院救急棟 7F 大ホール

【本日のカンファレンスの目的】

- ① 2008年度のまとめと2009年度の行動計画を共有する
- ② 顔の見える関係づくり、他職種の働きを知る
- ③ 地域の課題に対する解決策を考える

1. **イントロダクション (13:00-13:35)**
 本日の集まりの趣旨を共有します

II. 2008年度のきとめ・2009年度OPTIM浜松行動計画の共有 (13:35-14:00)

III. 事例検討 (14:00-15:10)

- ①地域からのケースの発表
②ざわめき声グループ
③全体のディスカッション

(休職)

IV. がん緩和在宅医療についての課題に対する解決策の検討(15:20-17:00)

- ① グループディスカッション<80分>
地区ごとに主要な課題について、具体的な解決策を話し合います
(全体的な共有<20分>)

V 関会のごと様

- * アンケートにご協力をお願いします
- * 事例検討の資料は終了後回収します



図 61 第 3 回 OPTIM 多職種地域カンファレンスのプログラム

プログラムの進め方

前半の事例検討では、地域の医療福祉従事者に依頼し、病棟の退院支援を行う看護師や、診療所看護師、介護支援専門員など、さまざまな立場からの発表を行った。討議を促すために、「ざわめき声グループ」として近くの人と話し合ってもらってから、発表したり、疑問点を確認したりした。個人ではなかなか意見が出にくい場面でも、近くの人と小さなグループになって意見を交わすことで発言できるようにするのがねらいだったが、プロジェクトチームが想定したほどには盛り上がりがなかった。

質問紙調査の結果では、病院の医療者にとって、具体的な在宅でのケアの話が勉強になっても、地域の医療福祉従事者にとってはそれほど目新しい話題ではなかったことと、「うまくいった症例」よりも「うまくいかなかった時のこと」を話し合いたい、という意見がみられた。したがって、事例発表としては、「うまくいった症例」ではなく、「うまくいかなかった事例」を「率直な意見の言える環境で伝え合う」機会のほうが必要とされていると考えられた。

④第4回（2009年度、「OPTIM多職種地域カンファレンス」）

第4回の多職種連携カンファレンスは、2009年11月14日（土）の14時より聖隷三方原病院にて開催された。第4回は、地域のネットワークの拡大と、患者家族への継続的な支援を目的としている。プログラムは、①前半で「患者・遺族の生の声を聞く」という趣旨で実際に化学療法を体験した患者の話と在宅療養を支えた家族の話をインタビュー形式で聞き、②後半には各職種・施設からの取り組みの紹介が行われた（図62）。

「浜松地域の連携の課題と現在のとりくみ」では、各職種・施設からの取り組みの紹介を行った。

「浜松地域の連携の課題と現在のとりくみ」では、各職種・施設からの取り組みの紹介を行った（図63）。

⑤第5回（2010年度、「浜松多職種カンファレンス」）

第5回の多職種連携カンファレンスは、2011年2月19日（土）の14時より「もっと深く もっと広く 浜松の在宅ネットワーク」をテーマに開催された。

目的は、がん緩和ケアを中心として培われた連携をより介護、生活、ボランティア領域に広げることであった。プログラ

「OPTIM多職種地域カンファレンス」プログラム

日時：2009年11月14日（土）14:00～17:00 於：聖隷三方原病院救急棟3F大ホール

【本日のカンファレンスの目的】

- ・地域のネットワークをひろげる
- ・患者さん・ご家族へのサポートを考える

I. イントロダクション【14:00～14:05】

本日の集まりの趣旨を共有します

II. 患者さん・ご家族の声を聞く【14:05～15:00】

1. 化学療法を体験された患者さんの立場から
2. 在宅療養を支えたご家族の立場から

— 休憩 10分 —

III. 浜松地域の連携の課題と現在のとりくみ【15:00～16:00】

1. OPTIMからみた連携の課題と現在の取り組み
2. OPTIMの取り組み：連携についてのノウハウを共有する会の進捗
3. 紹介
 - ①地域医療者でのアウトリーチの取り組み
 - ②浜松薬剤師会在宅支援ネット P 浜ねっと
 - ③がん患者さんのご家族やご遺族に対するとりくみ
 - ④ホスピス入院予約している患者が希望する療養場所で最大限過ごせるために

— 休憩 10分 —

IV. フリーグループディスカッション【16:00～17:00】

- 1G：患者会の立ち上げ、運営について考える（合同）
- 2G：ご家族・ご遺族へのサポートを考える（合同）
- 3G：病院から在宅に帰る患者さんの退院カンファレンスなど、病院と地域との情報共有を考える（北部）
- 4G：病院から在宅に帰る患者さんの退院カンファレンスなど、病院と地域との情報共有を考える（中部・南部）
- 5G：在宅に居る患者さんの診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・保険薬局での情報共有を考える（北部）
- 6G：在宅に居る患者さんの診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・保険薬局での情報共有を考える（中部・南部）
- 7G：がん化学療法で退院中の患者さんへのサポートを考える（副作用マネジメント）（合同）
- 8G：がん化学療法で退院中の患者さん・ご家族へのサポートを考える（精神的サポート）（合同）
- 9G：外来に来る患者さんのニーズを捉える方法を考える（生活のしやすさに関する質問票）（合同）
- 10G：浜松地域で利用できる社会資源の情報共有を考える（北部）
- 11G：浜松地域で利用できる社会資源の情報共有を考える（中部・南部）

V. 閉会のことば

- * アンケートにご協力をお願いします

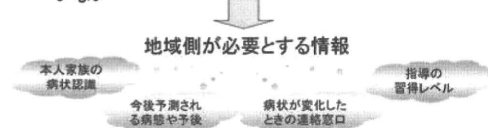
VI. 懇親会（任意、希望ある方のみ）【17:00～17:30】



図62 第4回 OPTIM多職種地域カンファレンスのプログラム

ノウハウ共有会を通して気づいたこと

- ・退院サマリーが活用されていない
- ・病院のスタッフは、在宅で生活する患者さんの様子が想像できておらず、必要なことが記載されていない



④退院後に継続される課題の明記が重要



病棟看護師から

情報共有 病院⇒訪問看護

共有する情報の統一（書式の統一は難しい）

退院カンファレンス サービス担当者会議
看護サマリー 診療情報提供書 薬シート
わたしのカルテ

書面が必要

退院カンファレンスにて書面があれば、退院時のサマリーは必要ない。
カンファレンス時に再検討内容があれば、その事項のみ記載。

訪問看護ステーションから

P浜ねっと誕生！

・メーリングリストで手上げ方式で訪問薬剤師を決める⇒自分で自信が持てるまで参加しなくてもいい

・担当薬局薬剤師とサポート薬剤師を決める⇒一人薬剤師でも緊急時の対応可能

・メーリングリストで在宅に関する不安や疑問解消⇒初めてでもOK

・毎月1回研修会を実施⇒薬剤師としてのスキルアップ

薬剤師会から

ホスピス入院予約している患者が希望する療養場所で最大限過ごせるために

ホスピス病棟1～3床を症状緩和・介護負担の軽減用に短期間利用できるように運用

<在宅支援用ベッドは登録制とし、希望に応じて1～2週間の療養環境を提供します>

①登録方法：毎週火曜日午前（9～12時）のホスピス外来を受診していただき登録を行ないます

* 受診時には紹介状をお持ち下さい

* 家族の方のみの受診で構いません

②利用方法：利用を希望する1週間前までにホスピス病棟へご連絡下さい

* 外来受診当日からの入院は出来ません

* ベッド調整のため希望される入院日が前後する可能性があります

ホスピス病棟から

図63 多職種カンファレンスの施設の取り組みの発表内容

前回までの質問紙調査で、「患者家族の生の声を聞きたい」という要望が多数あったため、講演してもらえる患者家族を探したが、話してもらえる人を見つけるのは容易ではなかった。患者会などへの依頼も検討したが、結局、プロジェクトチームの知り合いに依頼した。終了後の質問紙調査では、「直に話を聞くことができ、具体的に自分たちが何をしたらいいのかを考えるきっかけとなった」と評価する声が多数聞かれた。

ムは、プロジェクトの最終年度であることを踏まえ、①プロジェクトのまとめ、②地域で在宅医療に取り組む診療所医師2名による対談、③テーマごとのグループワーク、とされた。グループワークのテーマは、「在宅ネットワークの情報交換」「看護の力をエンパワーメント：地域内の看護の連携を強めよう」などであった（図64）。



図 64 第 5 回 OPTIM 多職種地域カンファレンスのプログラム

多職種連携カンファレンスのまとめ

第4回までの多職種連携カンファレンスを終えた時点で、質問紙調査が行われた。その結果、「連携が進んでいる」「患者に関わるいろいろな職種で直接会って話す機会が増えてきた」などと回答した参加者が、2008年度に比べ2009年度では増加し、多くの参加者が、連携が進んでいると考えていた（図65）。また、フォーカスグループを用いた多職種連携カンファレンスは、地域の医療福祉従事者からみて、お互いに顔の見える関係になり、連携の課題を知り、一番困っていることを共有することに有用であると評価された。

また、4 回までのグループワークを通して抽出された地域連携に関する課題と解決策は、当事者の運用で解決できるものとして、「病院の退院支援」「病院と地域との情報共有」「地域内での情報共有」「地域でのリソースの情報」「介

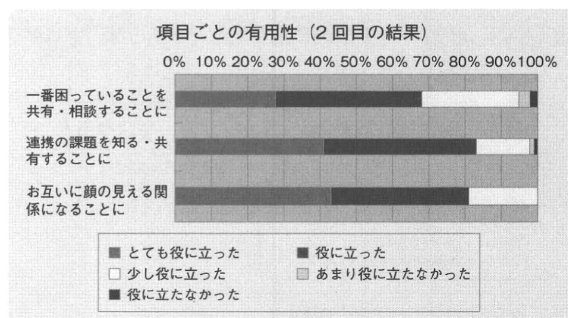
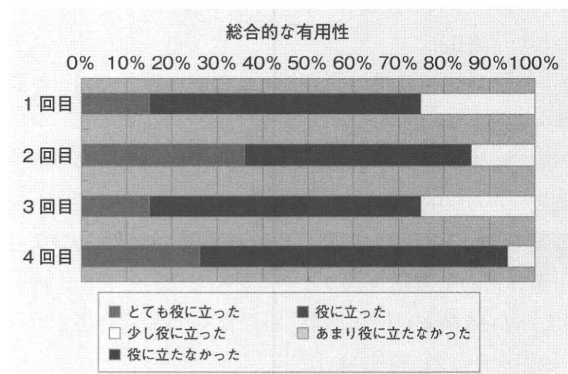
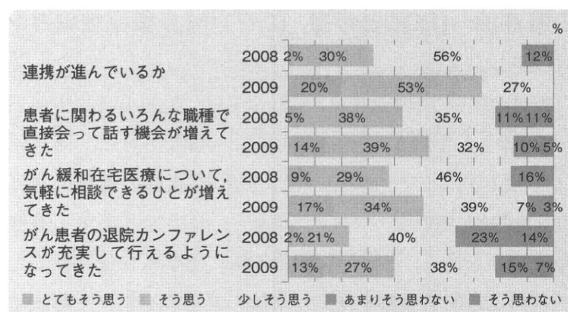


図 65 多職種連携カンファレンスの参加者による評価

「介護支援専門員への支援」「患者・家族への啓発」「基盤となる顔の見える関係の構築」の7つが挙げられた(図66)。さらに、制度の改善が必要なものとしては、「診療報酬」「介護保険」「法改正」の3つが挙げられた。連携に関する課題は広範囲にわたるため、多方面にわたる課題を、手のつけやすいところから同時に解決していくことが重要であると考えられた。

e) リンクスタッフ

2007 年度に、地域全体に対して行われた説明会で、リンクスタッフおよび研究協力者の募集が行われた。リンクスタッフには各施設での緩和ケア普及が依頼され、研究協力者には OPTIM が主催するカンファレンスなどへの可能な範囲での参加が依頼された。講演会やセミナーなどの機会ごとにメーリングリストへの登録が呼びかけられた結果、リンクスタッフの数は、2008 年度の 213 名から、2010 年度には 482 名へ

地域の連携に関する課題と解決策のまとめ

I 当事者の運用で解決できるもの

1 病院の退院支援

- ・病院職員に対して退院支援の重要性をカリキュラムやプロジェクトとして立ち上げる
- ・医療の必要性ではなく「患者が知りたいかどうか」を軸に評価を行う
- ・退院前カンファレンスを行う（時間どおりに、再入退院でも）
- ・在宅の患者には在宅でも実施可能な医療・看護を入院中から行う
- ・退院前の患者・家族への指導を病院と地域で分担して行い申し送る
- ・はやく地域医療者に紹介することを心がける
- ・スクリーニングなどアセスメントツールの運用、ラウンドを行う
- ・退院日は平日に設定する
- ・退院時に必要な情報（今後予測される変化と対応、症状悪化時の対応、緊急時の連絡先）と優先順位の低い情報（経過の詳細）を区別するフォーマットや意識化を行う
- ・院内の病棟、外来、連携部署、専門チームとで容易に意思疎通を図る構造をつくる
- ・地域から患者の経過を病院にフィードバックし改善する構造をつくる
- ・外来から発生した事例にも対応できる体制を構築する
- ・「訪問看護連絡票」の使用やデスカンファレンスを地域で行い、改善が継続できる仕組みをつくる

2 病院と地域との情報共有

- ・病院ごとに院内の地域への情報窓口を明確化する
- ・患者ごとにどのような方法で情報を共有するかを決める
- ・連絡を取り合うことをお互いに意識する
- ・外来患者の診療情報は「お薬手帳」や「わたしのカルテ」に追加記載して患者所持とし、重要性を患者に啓発する

3 地域内での情報共有

- ・メール、FAX、患者ノートなど既存の方法の最大化を行う
- ・サービス担当者会議をなるべく行う
- ・連絡を取り合うことをお互いに意識する
- ・同意を得たうえで、診療情報提供書や看護サマリーを介護支援専門員や薬剤師とも共有する

4 地域でのリソースの情報

- ・各業種団体の公的な情報源を利用して一般的な情報を得る
- ・個別の情報は公的な情報源に記載されないの、人のネットワークから情報を得る
- ・連携の取りやすい診療所・在宅支援を行っている薬局をひとつずつ開拓していく
- ・多職種会議やカンファレンスで直接情報を得る
- ・ホスピスの在宅支援ベッドを利用する
- ・在宅で服薬指導のできる保険薬局を開示する
- ・療養型病院、福祉施設などとも情報共有を行っていく

5 介護支援専門員への支援

- ・研修会や、介護支援専門員を知っている訪問看護師などが個別に相談を行う

6 患者・家族への啓発

- ・主治医と急性期病院、保険薬局や介護支援専門員の役割についての啓発
- ・自分の診療情報を自己管理すること（「わたしのカルテ」など）の重要性の啓発
- ・自宅で IVH を行うことや死亡までみることも可能であることの啓発

7 基礎となる顔の見える関係の構築

- ・地域の多職種が集まれる機会を維持する

II 制度の改善が必要なもの

診療報酬

- ・複数の訪問看護ステーションが同一患者をケアしやすくなる診療報酬とする
- ・患者の診療情報の自己管理（「わたしのカルテ」など）や、診療情報の院外への提供（処方箋）に診療報酬をつける

介護保険

- ・介護保険はがんの進行性の患者の場合、当初より要介護2以上とする
- ・実際患者の介護の人手がない場合に、介護保険で家事支援が行えるようにする

法改正

- ・麻薬管理について通常の備蓄薬局と同じ流れを可能とする麻薬及び向精神薬取締法の改正
- ・心臓蘇生を希望しないが投薬を希望する患者、ほかに手段がなく病院で死亡確認をせざるを得ない患者が患者の意思表示があれば救急隊を利用できる行政命令、または、消防法の改正

図 66 グループワークを通して抽出された地域連携に関する課題と解決策

表 14 リンクスタッフ数の推移

	2008 年	2009 年	2010 年
施設数	97	193	224
ML 登録数	213	407	482

（2010 年 12 月現在）

と増加した（表 14）。内訳（2010 年 12 月現在）は、がん診療連携拠点病院 126 名、一般病院 49 名、診療所 92 名、保険薬局 67 名、居宅介護支援事業所 39 名、訪問看護ステーション 37 名、地域包括支援センター 22 名、施設 10 名、介護サービス事業所 5 名、その他 35 名である。

リンクスタッフに対するサポートとしては、メーリングリストを用いた情報提供が主として行われ、このほかにはカンファレンス・プログラムごとに情報の共有などが行われた。

f) 浜松地域独自の取り組み

③ 地域リソースの共有

多職種連携カンファレンスでは、「浜松地域のどの診療所や薬局などが緩和ケアや在宅ケアにどの程度取り組んでいるのかを具体的に（インターネットなどでは得られない生々しい情報を）知りたい」という声が多く挙げられた。そこで、浜松地域の施設について、「緩和ケアにこのように取り組んでいる」という生々しい情報を施設ごとに紹介する、『はままつがん緩和・在宅ケアマップ』が作成され、OPTIM のリンクスタッフと研究協力者のみに配布された（図 67）。

続いて、評価のために、地域の医療福祉従事者 17 名（診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、病院の連携室、退院支援看護師、保険薬局薬剤師、地域包括支援センターなど）を対象としてフォーカスグループインタビューが行われた。その結果、「実際に求められている情報」とは、イ

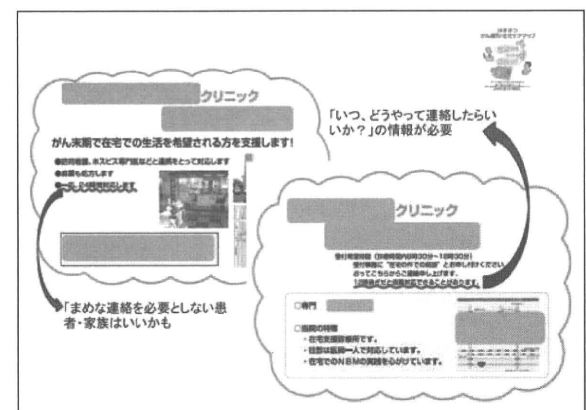


図 67 『はままつがん緩和・在宅ケアマップ』

プログラムの進め方

「浜松地域のどの診療所や薬局などが緩和ケアや在宅ケアにどの程度取り組んでいるのかを具体的に知りたい」という希望に対して、プロジェクトでは、まず既存のデータベースとして何があるのかを把握した。すると、医師会、薬剤師会などで、それぞれ「一定の」情報はすでに公開されていることが分かった。たとえば、医師会では、診療所の在宅への取り組みの有無をインターネット上で公開していた。

プロジェクトでは、2008年にさらに詳細な情報をまとめることにした。診療所に質問紙調査を行い、往診、胸腹腔穿刺、麻薬の処方、看取り、などの実施状況を一覧表に作成した結果をエクセルにまとめ、地域内の病院の連携室で共有した（表15）。

インターネット上に公開できないような「生きた情報」であることが明らかにされた。たとえば、「できること・できないことに○・×をつけたもの」は「○をつけて紹介患者が急に増えても困るので×にしている」「×といっても、これまではやったことは確かにないけれども、訪問看護ステーションと一緒にやったり、引き受ける前に手順を一度見たりすればできる」のように、「実際の状況」を正確に反映することは難しいことが語られた。このほか、「普段は往診していないが、医院近くで長年自分が診てきた患者なら往診したい」「随時往診はできないが、死亡後の往診が了解されれば往診したい」「何ができる・できないということよりも、〇〇さん（〇〇先生）がどのように考えて活動をしているのか知りたい」「いつどうやったら連絡が取れるか」といった情報が本当に必要とされる「生きた情報」であるとされた。

そこで、プロジェクトでは、「情報として○×のついた一覧表」はとりあえずは必要であるが、もっと生々しい情報としては人と人のネットワークで蓄積していくのが重要であると結論づけられた。ネットワークづくりの一助として、『はままつがん緩和・在宅ケアマップ』が作成された。配布をOPTIM登録者だけに限定し、患者・家族には渡さないことで、「生々しい記載」を実現できたと考えられた。「一応、24時間対応可能」など、顔の見える関係の医療福祉従事者に向けてなら公開できる情報と、「いつ、どうやったら連絡が取れるか（日中〇〇の時間ならOK、受付で「在宅の件での相談」と伝えてほしいなど）が掲載された（図68）。施設の担当者が、どれくらいの対応が可能で、どのような「価値観」を持ってどう取り組もうと考えているのかがわかるように作成されている。



図 68 「はままつがん緩和・在宅ケアマップ」の生々しい情報

⑤ 診療所同士の連携の促進

2008年度に、地域の課題を抽出していくなかで、診療所医師が負担なく、在宅療養を希望するがん患者を診療するために、診療所同士の連携を進めることの重要性が話題に挙げられた。そこで2009年秋に27診療所の医師を対象としたインタビュー調査が行われた。

調査では、地域におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策が収集された。がん患者の在宅療養を支えるための課題と解決策として、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベットの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解決の重要性、について述べられた。なかでも最も重要とされたのは、「診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築」であった（図69）。

診療所同士の連携ネットワークの必要性から、2010年「浜松在宅ドクターネット」が立ち上げられた。立ち上がり時点での参加診療所は約30で、その後、医師会ウィークリーなどでアナウンスされた結果（図70）、2010年9月現在で約60名が参加した。主治医・副主治医の決定、在宅診療で

診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築 ・自由意志によるネットワーク ・リーダーシップの存在 バックベットの確保 ・各病院と医師会との申し合わせと、各病院の現場への周知 ・退院時にバックベットの確保に確保する施設ごとの取り組み ・患者・家族に渡す「入院保証」カード 緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制 ・紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する方法の周知 ・医師をサポートする看護師や薬剤師対象の緩和ケアセミナー ・地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン ・在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページなどに掲載 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備 ・病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む退院支援プログラムの質の向上のためのミーティング ・診療所医師と病院医師を含めた退院前カンファレンス ・紹介時の病院医師と診療所医師との直接のコミュニケーション ・病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育の機会 ・地域の医療福祉従事者から病院へのフィードバック ・医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会 在宅療養を支える地域の社会資源の整備 ・「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」など地域の看護・介護を最大化する協議の機会 制度上の問題の解決 ・自宅死亡の検案や救急搬送のルール作り

図 69 診療所医師を対象としたヒアリングで挙げられた課題と解決策

プログラムの進め方

プロジェクトは、浜松在宅ドクターネットについては触媒である（運用主体ではない）という立場に立ち、医師会と密に連携を取りながら、医師会の事業をサポートするかたちで進めた。

医師会で立ち上げ準備会の承認を得た後、準備会で、すでに診療所同士で主治医・副主治医体制を構築している長崎地域の「長崎在宅 Dr. ネット」の運用状況や規約などをもとに、プロジェクト事務局で「浜松在宅ドクターネットに関する覚え書き（案）」をたたき台として作成した。その後、準備会で「浜松在宅ドクターネットに関する覚え書き」を修正、確定した（資料 25）。会長・副会長・コーディネーター・事務局が置かれ、実質的に業務を行うことになるコーディネーター用のマニュアルとして、「コーディネーターマニュアル」も準備した（資料 26）。また、外部への説明用の「ご案内」を作成した（資料 27）。

こののち、医師会の承認を得て、説明会、会員募集を行った。説明会後に、メーリングリストを立ち上げ、同時に、地域内の病院の連携室、訪問看護ステーションあてに浜松在宅ドクターネットの案内とコーディネーター医師の連絡先を送付した。

の物品や工夫（輸血の方法、資材の管理）などについて情報交換が行われた。

⑥連携ノウハウ共有会

連携ノウハウ共有会は、2008 年度に抽出された地域の連携の課題を具体的に解決していくことを目的として、2009 年度から開始された。病院側からは地域連携・退院支援を行う MSW・看護師が、地域側からは診療所看護師、訪問看

護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師など、現場で実務を担うメンバーが参加した。話し合いの結果行われた取り組みとしては、病院の退院支援プログラムの学び合い、申し送り項目の統一、情報共有、地域での症例検討会などがある。

2009 年度の前半には、病院の退院支援プログラムの学び合い、看護サマリーの改善が主に行われた（「2）退院支援・調整プログラム」参照）。

2009 年度後半から共有された話題では、外来通院中の患者が、在宅支援が必要となった場合のサポートシステムについては、継続して話し合われた。2010 年度には、療養型病院の現状の共有と議論、療養の場の意思決定への支援の現状と工夫などが共有された。

また、プロジェクトとしては、連携ノウハウ会を中心として収集された、「連携のためのノウハウ」をまとめた『連携をよく

プログラムの進め方

プロジェクトメンバーとしては地域の問題をシステム的に解決することに意識が向きがちだったが、参加者にとっては、関係者と顔の見える関係づくりができ、その時に抱えている事例や課題について具体的な話し合いができる場として用いられていた。地域のそれぞれの施設のその時の事情（「今、〇〇はすごく忙しい」など）や、個々の医療福祉従事者の価値観や悩みがわかり、それぞれ連絡を取り合ったり、情報交換したりするきっかけとなっていた。

「連携ノウハウ共有会」の多職種の参加者 8 名を対象としたフォーカスグループインタビューでは、「お互いの努力や悩み、課題が共有できる」「地域の他の医療福祉従事者の役割が分かる」「ケアに対する気づきやヒントを得られる」「知識やツールを得られる」「地域の生きた情報を得られる」といった声が聞かれた。連携ノウハウ共有会は、参加者にとって、知識やツール、情報、生きた連携ネットワークを得る場として体験されていた。（図 71）。

連携ノウハウ共有会のフォーカスグループ

お互いにより理解し合える

- ・お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる
- ・いろいろな職種のひとたちや各施設が、地域のなかでどのような役割を果たしているのかわかる

ケアに対する考え方や実践が変化する

- ・自分が普段できていない部分や改善できる点がわかり、次にどうしたらよいのかの気づきやヒントを得る
- ・会で得たものをさらにひろげていきたい

新しい知識や生きた情報を得ることができる

- ・退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる
- ・連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる

図 71 連携ノウハウ共有会の評価

Ⅲ. 資料

表 15 網羅した地域の情報

緩和ケアに関する診療所のデータベース

- 情報の閲覧は連携病院の連携に関わる職員のみとし、次のことを守ってください。
「情報はあくまで参考資料とし、たとえ「○」の付いている項目であっても、
かかりつけ医の依頼に当たっては、
事前に情報提供をしてお引き受けいただけるかの確認をしてください。」
- 「△」は追加コメント参照
- 薬処方「院外」「院内」「両方」に分類

病院名	区	町名	往診 可 不可	往診可			医師の 緊急時の対応		併設訪問看護ステーション				在宅酸 素	人工呼 吸器	栄養・補液			
				定期 のみ	必要時 のみ	定期と 必要時	24 時間 電話可	24 時間 往診可	平日		休日				経鼻 栄養	胃瘻	末梢 点滴	IVH
									日中	夜間	日中	夜間						
			○			○	×	×					○	×	○	○	○	×
			○			○	○	×					×	×	○	○	○	×
			×	記載無	記載無	記載無	記載無	記載無					×	×	×	×	×	×
			○			○	×	×					○	×	△	△	○	△
			○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			○	○			×	×					○	○	○	○	○	記載無
			○			○	×	×					○	×	○	○	×	×
			○	○			×	×					×	×	×	×	×	×
			○			○	○	○	○	△	○	△	○	○	○	○	○	○
			○			○	○	×					○	×	○	○	○	○
			○	○			×	×					×	×	×	×	×	×
			○			○	×	×					○	×	×	×	○	×
			○			○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○
			○			○	○	○	○									
			○		○		×	×					○	×	×	×	○	×
			○			○	×	×					○	×	×	×	○	×
			○			○	○	○					○	○	記載無	記載無	○	記載無
			○			○	○	×					○	○	○	○	○	○
			○			○	○	△					○	×	○	△	○	×
			○			○	○	×					○	○	○	○	○	○
			○			○	○	○					○	×	○	○	○	○
			○			○	○	×					○	×	○	○	○	×
			○	○			○	○					×	×	○	○	○	○
			○	○			○	×					×	×	×	×	○	×
			○		○		×	×					○	×	×	×	○	×
			×				×	×					×	×	×	×	×	×
			○			○	×	×					○	×	×	×	○	×
			○			○	○	○					○	○	○	○	○	○
			○			○	○	○					×	×	○	○	×	×
			○	○			○	○					○	○	○	○	○	×
			○	○			×	×					○	×	記載無	記載無	○	×
			○	○			×	×					×	×	×	○	記載無	×

Ⅲ. 資料

医療処置						がん化学療法		緩和医療（麻薬）					みとり	薬処方	追加コメント
輸血	尿管留置	人工肛門	腎瘻	胸腔穿刺	腹腔穿刺	内服	静脈内投与	経口 座薬 経皮	注射	経口 座薬 経皮	注射	Epi カテ 管理			
×	○	○	×	×	×	○	×	○	○	○	×	×	○	院内	
×	○	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	×	○	院外	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	院外	
○	×	○	×	○	○	○	×	○	×	○	○	○	○	両方	栄養・補液の△は物品の在庫がない
×	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	両方	
×	○	記載無	×	○	○	○	記載無	○	記載無	○	記載無	×	△	院外	みとりは限られたケースで可
×	○	○	○	×	×	○	×	○	×	○	×	×	○	院外	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	両方	がん患者さんの受け入れは不可能です
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	院外	看護ステーション夜間は当番制、自宅でのIVH挿入可
○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	院外	
×	×	×	×	×	×	○	×	○	×	○	×	×	○	院外	
×	○	×	○	×	×	○	×	○	×	×	×	×	○	院外	
○	○	○	×	×	×	○	○	×	×	○	○	×	○	院外	
×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	○	×	×	×	両方	
×	○	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	両方	
×	○	○	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	両方	
○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	院外	IVHは補液の処方があれば管理は可能
記載無	○	記載無	記載無	○	記載無	×	×	○	○	○	○	記載無	○	院内	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	両方	
×	○	○	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×	○	院外	往診は診療時間内不可、胃瘻交換不可
○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	△	両方	みとりは場合によって不可
×	○	×	×	×	×	○	×	○	×	○	○	×	○	院外	
×	×	×	×	×	×	○	×	○	×	○	×	×	×	両方	
×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	○	両方	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	院外	
×	○	×	○	×	×	○	×	○	○	○	○	○	○	両方	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	記載無	院内	
×	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×	×	×	×	院外	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	院外	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	両方	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	院外	
×	○	×	×	×	×	○	×	○	×	○	×	×	○	院内	
×	○	×	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×	○	両方	
×	○	×	×	×	×	○	×	○	×	○	×	×	×	院外	
×	○	×	○	×	×	記載無	×	×	×	×	×	×	記載無	両方	

事例に直接関わった医療福祉従事者 10 名前後であった。
また、連携ノウハウ共有会のメンバーがオブザーバーとして
参加した。

連携をよくするノウハウ



目的 「がん患者さんが希望した場所で、安心して過ごせる」…

そのために、OPTIMのカンファレンスで出たノウハウをまとめました。

- 地域にどんな人がいて何をしているかわからないとき
 - ① 連携カンファレンスに参加してネットワークをひろげる
 - ② 「はままつがん緩和・在宅ケアマップ」・医師会のホームページ・薬剤師会のP浜ねっとを活用する
- 病院とタイムリーに連絡がとれないとき
 - * FAX送信の際に「至急 ○月△日□時受診」と書く
- 介護保険（がん終末期の患者さんの場合）
 - * 介護保険主治医意見書の書き方
 - ① 症状「不安定」にチェック
 - ② 「がん終末期で急速に病状が悪化する可能性が高い」と書いてもらう
 - * 「至急」であることを市の窓口へ依頼する
 - * 「至急」であることを「主治医意見書」を取り扱う部署に伝え、書類を作成する
 - * ご家族など、ケアマネジャー以外の人が手続きをする場合には、迅速審査の方法があることを伝えておく



在宅支援のコツ

病 院	地 域
● 自宅に戻りたい人を見逃さない。患者さんに「どんなふうに通じたいか」を早目にきく ● 在宅の選択肢があれば、家に帰るかどうか分からなくても、早目に退院支援部署、または、診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャーに声をかける ● 自宅での介護力をアセスメントして、介護保険の申請をする ● 入院中から在宅でも可能な医療・ケアを行う ・できるだけ薬は内服（必要時、一包化）・坐薬・パッチにする ・薬剤・診材物品は在宅で準備できるものを使う（どこで調達するかを確認しておく） ・入院中から患者さん・ご家族に医療処置、ケアの説明を行う説明内容と理解度を確認しておく ● 退院カンファレンスを行う（再入退院のときも、外来でも） - 診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・保険薬局に声をかける ① 症状悪化時の指示を確認しておく ② 急変時・看取りの対応（在宅か、入院か）を確認しておく ③ 介護疲れのときの対応も考えておく（ホスピスの在宅支援ベッドの活用など） * 看護サマリーでなくても、カンファレンスシートなどでもよい ● 退院日を週末にしない（往診や訪問看護などが利用できる曜日であることを確認する） ● 退院後も情報交換・フィードバックをもらう ● デスカンファレンス（ふりかえり）を地域のスタッフと一緒にを行う	● 病院から依頼があれば、早目に顔あわせを行う ● 病棟のカンファレンスに参加してみる ● 退院指導を病院看護師と一緒に行う ● 患者さん・ご家族への説明内容と理解度を確認しておく ● 退院カンファレンスに参加する ・連絡窓口・連絡ルート・連絡方法を確認しておく ・症状悪化時の指示も確認しておく ・急変時・看取りの時は在宅か、入院かの確認をしておく ● 地域内の情報共有の方法について相談しておく（電話・FAX・連絡ノートなど） ● 病院へのフィードバックを行う * 病棟看護師へ、連携担当者へなど直接当事者同士で情報交換する ● 退院後、地域内でもカンファレンス/サービス担当者会議を行う ● ホスピス予約のある患者さんについては、入院のタイミングについて積極的に情報交換を行う ● デスカンファレンス（ふりかえり）を病院スタッフと一緒にを行う



- お互いに連絡を取りあう
- 定期的に課題を解決できる場をもつ
- 困ったときは各病院の緩和ケアチーム・連携部署へ



在宅に戻ることは「地域への転院」だと考える (川越正平：案するより任せるが吉 在宅医療)

図 72 「連携をよくするノウハウ」

表 16 地域困難事例・デスカンファレンスで取りあげられたテーマ

テーマ	話題提供者
関わるひとの違いにより患者・家族の希望に差異があった事例のふりかえり	病院
がん終末期の患者で在宅医を決めずに退院し、在宅で急変した事例のふりかえり	訪問看護ステーション
本人が希望していた在宅での最期をかなえるために短期間で支援・調整を行った事例のふりかえり	居宅介護支援事業所
看取る覚悟で退院したが、家族の不安で再入院。その数日後に再退院をし、本人の希望通り自宅で看取ることができた事例のふりかえり	病院
ホスピスの在宅支援ベッドを利用した事例のふりかえり	診療所
外来・病棟・地域で連携ができた事例のふりかえり	病院
病院の在宅療養の準備のふりかえり	病院
医療依存度の高い患者の在宅支援	病院
本当に必要な援助とは？ 介護支援専門員として支援できたとの再確認・連携の確認	居宅介護支援事業所
家族からの情報が得られにくいケースを通して連携を考える	訪問看護ステーション
年末年始に医療依存度の高い患者さんが、在宅移行したケースでの支援・調整をふり返る	訪問看護ステーション
さまざまな在宅患者ニーズを満たす処方変更に取り組んだ胃がん緩和ケアの1症例	保険薬局
地域と病院の連携のふりかえり	
—平日ひとり暮らしとなる不安の強い患者さんの在宅支援—	病院
介護者不在の在宅療養	病院
在宅サービスが利用できなかった事例のふりかえり	病院

- ・ノウハウ共有会のメンバーによる発信、持ち回り制とする
- ・1回/月程度とする。時間は19:00-20:30、場所は担当施設とする
- ・症例の担当はメンバーが行う
- ・1回にとりあげる事例は1事例程度とする
- ・個人情報保護に努める
 - 病院の場合……包括同意がとれているものであれば可
 - 訪問看護ステーション、診療所等……何らかのかたちで同意が得られているものとする
- ・ケース中心で、そこにかかわった人たちが集まる
- ・少人数制とし、参加はノウハウ共有会のメンバーくらいで
 - 実際ににかかわった人たちが議論を深められるようにする
- ・困難事例のみならず、成功事例も入れる

図 73 地域でのケースカンファレンスのもち方（案）

デスカンファレンスのフォーカスグループ

お互いにより理解し合える

- ・一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことがわかる
- ・どのような価値観で、どのように考えてケアを提供したのかわかる
- ・自分だけでなく、他のメンバーも同じような気持ちを持っていたことがわかり、連帯感や気遣いを感じる
- ・どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかわかる
- ・フィードバックや話し合いがないことで生じるもんもんとした気持ちややわらぐ
- ・いろいろな人と顔の見える関係になれる場である

ケアに対する考え方や実践が変化する

- ・自分のみでできていないことがわかり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る
- ・包括的、客観的にふりかえり、学びを得る

患者・家族をより理解できる

- ・自分のみでいていない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる
- ・自分では聞くことができない患者・家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる

参加する負担がある

- ・参加を数回が高いと感じ、買められるような、忘れたことを思い出させるつらさを感じやすい
- ・時間の確保やコーディネートが簡単ではない

図 74 困難事例・デスカンファレンスの評価

「顔の見える関係」を構築するだけでなく、実践を改善することに有効な可能性があると考えられた。また、連携を促進するためには、多職種の役割を理解することのみならず、価値観や気持ちを理解し合うコミュニケーションの機会が重要であると示唆された（図 74）。

⑨退院支援看護師のあつまり

「退院支援看護師のあつまり」は、連携ノウハウ共有会から派生し、「退院支援看護師だけで情報交換をしたい」との

ニーズにより2010年度から実施された。退院支援を行っている看護師のスキルの向上を目的に、専門的な話し合いの場として設定された。年4回開催され、システム構築や情報共有など、現場の課題が話し合われた。

⑩保険薬局のネットワーク

2008年度に地域の課題を抽出した段階で、「どこの薬局に麻薬の在庫があるかわからない」「麻薬の在庫を抱える負担がある」「訪問薬剤（居宅療養）管理指導をしている薬局が少なくノウハウがない」といった問題が明らかにされた。そこで、長崎地域の薬剤師のネットワークの見学後、2009年度に、浜松市薬剤師会在宅支援ネット（P浜ねっと）が設立された。地域の保険薬局が、メーリングリストでネットワーク化され、手順を整えたうえで案内文が作成された（資料 28）。主治医から「〇〇地域で訪問薬剤（居宅療養）管理指導してほしい」という要望があれば、P浜ねっとを窓口にして担当薬剤師・サポート薬剤師が選定される。また、保険薬局間のネットワークが構築されることで、余剰在庫の情報共有などが進められた（図 75）。

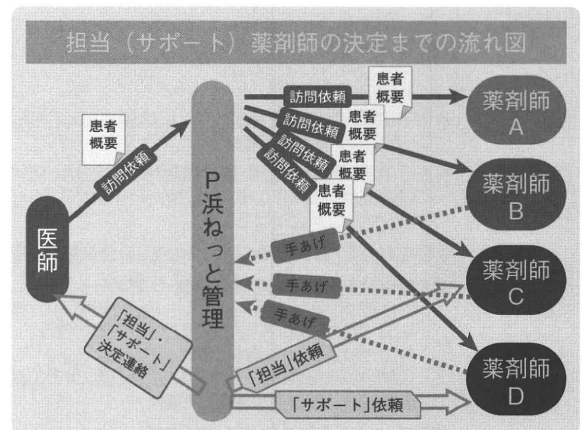


図 75 保険薬局のネットワーク（P浜ねっと）

⑪がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議

浜松市とは、OPTIM プロジェクトの開始時に、プロジェクトから行政担当者に全般的な協力体制が確認されていたものの、具体的にどう連携していくかについての話し合いは行われていなかった。2008年度に課題の抽出をしていくなかで、行政でなければ解決できない最も大きい問題として、介護保険が挙げられていた。この問題とは、介護保険の手続きに時間がかかり、がん患者の認定調査や認定結果の通知が間に合わないというものであった（「⑨介護保険手続きの短縮化」参照）。

2008年夏、ある国会議員が県議会議員・市議会議員とともに OPTIM プロジェクトの視察に訪れたが、その際地域の介護支援専門員が、介護保険申請ががん患者の実態と合

っていない現状を強く訴えた。その後、市議会では地域の緩和ケアに関する問題点の質問が行われ（図 76）、話し合う枠組みとして、「がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議」が開催されることとなった。連携会議は 2008 年度から 2009 年度に 2 回にわたって行われ、介護保険申請の運用の工夫を中心に話し合われた（図 77）。連携会議には、市役所の関連する 8 部署が参加して話し合われた。

代表質問

平成 20 年 9 月 16 日（火）午前 10 時～

小倉 篤 公明党 午前-2

1. 市長のトップマネジメントについて

(1) 〈仮称〉浜松市都市経営戦略会議について

(2) サマレービュー時における検討結果の公表について

(3) 統計データの一元化と各課における情報戦略について

2. ことも第一主義について

(1) 〈仮称〉ことも第一主義条例の制定について

4. 浜松市の医療政策について

(1) 本市の救急実態の開示とドクターヘリについて

(2) ドクターヘリ、消防ヘリを用いた救急医療の制度設計について

(3) 緩和ケアについて

5. 森林の持つ力について

：

：

：

図 76 市議会での緩和ケアについての質問

協議事項一覧

1. 癌末期患者の認定調査訪問予定日が申請から 51 日目に設置されていたことから患者存命中に訪問調査が実施されず他界してしまった事例について

2. 在宅療養支援における要望

3. 在宅・療養におけるシステム構築について

4. 緩和ケアの啓発活動について

5. 浜松市との連携について

6. 進行しているがん患者の介護認定について

7. がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議の継続と拡大について

8. 介護する家族をサポートする介護支援のネットワークの構築について

9. 患者が不要な医療行為を受けることがないネットワーク構築について

10. 在宅での死亡時に救急隊が遺体搬送できるような体制づくりについて

11. 「入院」「入所」さきのない「がん難民」の発生について

12. 地域全体の遺族会・患者会・ボランティアの会の支援について

13. 地域での患者の診療情報を共有する仕組み、がん診療についての地域連携バスについて

14. 市民への啓発・情報提供について

図 77 「がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議」で話し合われた課題

①介護保険手続きの短縮化

2008 年度の多職種カンファレンスで「介護保険手続きに時間がかかり、患者・家族が安心して必要なサービスを受けられない場合がある」と問題が挙げられた。がん患者の介護保険利用に関する実態を把握するために、2008 年に、浜松市介護支援専門員連絡協議会に所属する居宅介護支援事業所 161 カ所・地域包括支援センター 17 カ所の介護支援専門員を対象に、質問紙調査が行われた。調査の結果、2008 年に介護保険の「認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は 54 名、「認定調査は終了したが認定結果の通知までに死亡したがん患者」は 126 名であった（表 17）。

表 17 介護保険の訪問調査・認定通知までに死亡した患者数

	2008 年	2009 年
認定調査を待っている間に死亡したがん患者	54 名	22 名
認定調査は終了したが認定結果の通知までに死亡したがん患者	126 名	66 名

調査前後から、市の介護保険課や医師会との話し合いがもたれ、市と医師会、医療福祉機関が協力し、①要介護認定申請の際、「がん終末期の患者であること」を市の窓口伝えることにより、認定調査日を早めに設定する、②主治医意見書を数日以内に記載するように診療所と病院の医師に周知する、③調査票および主治医意見書の取得から介護認定審査会までの期間を通常よりも短縮する、などの取り組みが行われた。

診療所医師に対しては、主治医意見書の提出期限を早めることが医師会ウィークリーで伝えられた（図 78）。病院医師に対しては、各病院の連携室や書類作成を行っている責任部署から、主治医意見書の記載例を申請書類と一緒に医師に渡すなどの対策がとられた（図 79）。

○「がん末期」の主治医意見書の取扱いについて

緊急に介護サービスの利用を必要とするがん患者の方は、できる限り早い対応を実施し、迅速な介護サービスの提供へ結びつけたいと考えております。

つきましては、がん末期の方の主治医意見書の提出期限を、土曜日・日曜日を除いて 5 日に定めさせていただきますので、ご理解ご協力を御願い申し上げます。

図 78 診療所医師への介護保険の記載の案内

末期がん患者
介護保険 主治医意見書の書き方

介護保険の申請とは、医学的支援とは異なり、がん治療を行っていても、生活困難（incapable）な場合を指します。

5日以内に
ご記入ください

ポイント

1. 症状「不安定」にチェック

2. 末期で、後継が来たケースに関しては支援室にて下記の文章が自動入力されます。「がん末期で急速に病状が進行する可能性が高く、短期間の間に起き上がりが必要となること」が確実に見込まれる

※これらの記載を加えていただくことで、要介護2以上がつくことが多く状態が変化しても迅速にサービス（ベッドが借りられるなど）が受けられます

問い合わせ先：○○○○○科 ○○ ○○

図 79 病院医師への介護保険の記載の案内

2009 年には「認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は、前年の調査結果の 54 名から 22 名へと半減した（図 80）。一方、現行の制度で最大限の努力をしたとしても、手続きに複数の機関が介在するため、がんの特性から介護保険の手続きが間に合わない場合も多く、既存の制度の限界が示唆された。

①コミュニケーションメール

リンクスタッフへの情報提供や情報共有のネットワークとして、2008 年度に、メーリングリストが作成された。2009 年度からはメーリングリストを用いて、「コミュニケーションメール」

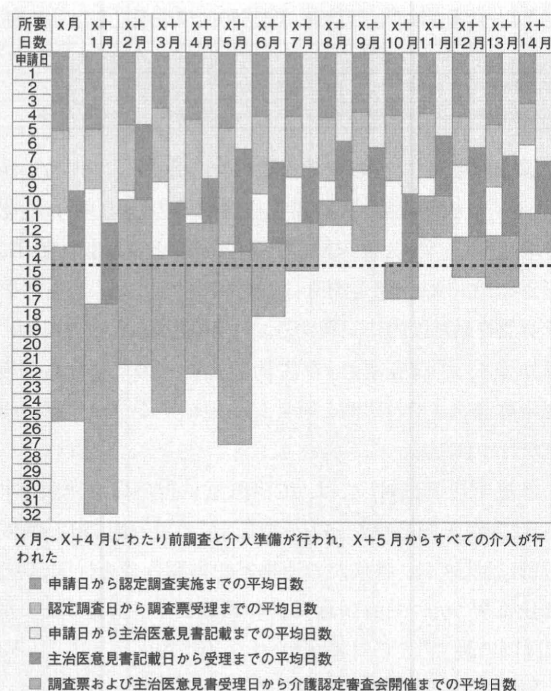


図 80 介護保険の手続きにかかる日数の短縮

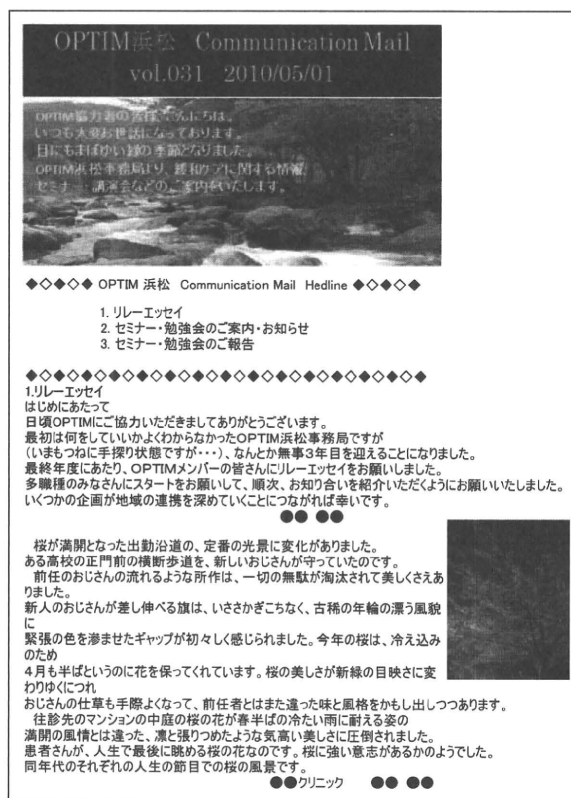


図 81 コミュニケーションメール

が開始され、開催されるセミナーの内容などが配信された(図 81)。2010 年度からは地域の医療福祉従事者 2~3 名が交代で所感をつづっていくリレーエッセイなども開始された。

4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

a) 地域緩和ケアチームによるコンサルテーション

地域緩和ケアチームへの相談は3年間に延べ〇〇件であり、出張によるものが〇〇件、電話・E-mailによるものが〇〇件であった(図82)。

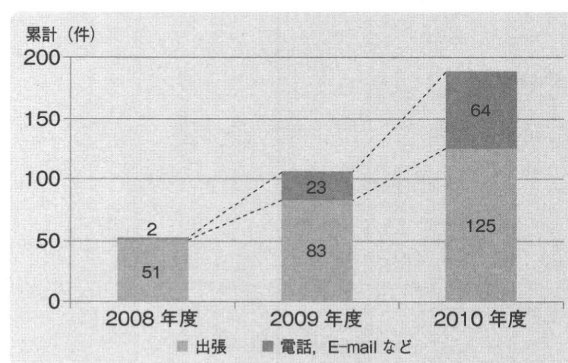


図 82 地域緩和ケアチームへの相談件数

2008 年度に、聖隷三方原病院に地域からの緩和ケアの相談に応じる「地域緩和ケアチーム」が設置された。医師会ウィークリーや OPTIM のメーリングリストなどを通じて、電話や E-mail で地域からの緩和ケアについての相談に応じる専門チームがあることがアナウンスされた。しかし、電話や E-mail による相談件数は 2009 年度まで 23 件と比較的少なかった。

2010年には、新たに「緩和ケアホットライン」が設置された(図83)。浜松地域には5つの緩和ケアチームがあったが、5つのチーム全員が1つのE-mailアドレスに届いたE-mailを確認できるようにし、地域の医療福祉従事者からの相談に、患者の主治医がいる可能性の高い5病院の緩和ケアチームの誰かが対応できる仕組みとした。医師会ウィークリーでアナウンスされた。

b) アウトリーチプログラム

「アウトリーチプログラム」とは、地域緩和ケアチームが依頼のあった医療機関に出張し、共同診療を行うことである。浜松地域では、3年間に合計5施設（診療所2施設、病院3施設）を対象に行われたが、在宅ホスピスを標榜する1診療所に対しては2008年度から2010年度まで継続して累計34回のアウトリーチが行われた（図84）。

具体的には、平日の午後から訪問し、診療所と訪問看護ステーションのスタッフや介護支援専門員など診療所以外のスタッフも交えてカンファレンスを行い、患者宅に多職種の5～10名で訪問した。参加者は、患者に関わっている場合も関わっていない場合もあった。参加者の勤務場所は、診療

緩和ケアホットラインのご案内

浜松市内の5つの病院の緩和ケアチーム(がんの痛みなどを専門にみるチーム)の医師・看護師が在宅や地域の病院にいらっしゃるがん患者さんに関するご相談にメールで応じます。

緩和ケアチームの医師・看護師が登録しているメールアドレス *****@*****.*****

浜松市内のがん緩和ケアに関して、市内のすべての緩和ケアチームの専門家と直接一度に相談できることにより、地域のがん患者さんの苦痛軽減と、地域の医療者の安心感の向上をはかることを目的として設置しました。緩和ケアホットラインは診療ではなく、相談に過ぎないため患者の患者さんへの適用に当たっては、患者さんを診療する医師や看護師が責任を持つようご理解をお願いいたします。

- 1. ユーザー**
浜松市内の地域の医療福祉従事者であれば、患者さんの同意を得たうえで、メールでがん緩和ケアについての相談をすることができます。
- 2. 患者さんの同意**
患者さんの同意は、「浜松市の緩和ケアの専門の医師と看護師に匿名(または実名)で相談できるインターネットの相談窓口があるから、○○さんの** (痛みをとるいい方法があるか、薬の使い方がいい方法があるかなど)について相談してもいいですか」と尋ねて同意を得てください。
- 3. 質問方法**
患者さんの受診している病院が特定できる場合は、患者さんの同意を得たうえで、患者さんを特定する最小限の情報(●●●●●●のATさんなど)を指定したほうが回答者は適切な回答をすることができます。複製した様式は、OPTIMISMホームページから「緩和ケアチームへの依頼シート」をダウンロードし、記載可能なところを利用していただくと助かります。
(<http://www.gankanwa.jp/tools/pro/index3.html#Q>)
- 4. 回答者・回答方法**
回答者(メールに登録しているもの)は、各病院の緩和ケアチームの医師と看護師になります。患者さんを紹介した病院がある場合には、関係する病院の緩和ケアチームが回答することを原則とし、質問後48時間以内に回答するように努めます。
- 5. 回答者の守秘義務**
回答者は「緩和ケアホットライン」で知り得た情報を口外しないことを誓約書として提出しています。
- 6. システムの責任者**
システムの責任者は○○病院 ○○科 ○○○○です。

○回答者○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム医師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム看護師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ ホスピス科医師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム医師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム看護師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム医師 ○○○○
○○病院: ○○科 ○○○○ 緩和ケアチーム看護師 ○○○○

○聖隷三方原病院

(1) 緩和ケアホットラインのご案内

浜松市内の5病院(県西部浜松医療センター、聖隷浜松病院、聖隷三方原病院、浜松医科大学医学部附属病院、遠州病院)の緩和ケアチームの医師・看護師の全員が登録したメールアドレスを作成しました。浜松市内のがん緩和ケアに関して、市内すべての緩和ケアチームの専門家と直接一度に相談できることにより、地域のがん患者の苦痛軽減と、地域の医療者の安心感向上をはかることを目的として設置しました。尚、緩和ケアホットラインは診療ではなく、相談に過ぎないため、個々の患者の適用に当たっては、患者を診療する医師や看護師が責任を持つようご理解をお願いいたします。

緩和ケアホットライン ○○○○○○○○@○○○○.○○○○

- 1. ユーザー**
浜松市の地域の医療福祉従事者であれば、患者の同意を得たうえで、メールで浜松市内のがん緩和ケアについて相談をすることができます。
- 2. 患者の同意**
患者の同意は、「浜松市の緩和ケア専門の医師と看護師に匿名(または実名)で相談できるインターネットの相談窓口があるから、○○さんの** (痛みをとるいい方法があるか、薬の使い方がいい方法があるかなど)について相談してもいいですか」と尋ねて同意を得てください。
- 3. 質問方法**
患者の受診している病院が特定できる場合は、患者の同意を得たうえで、患者を特定する最小限の情報(●●●●●●のATさんなど)を指定したほうが回答者は適切な回答をすることができます。
- 4. 回答者・回答方法**
回答者(メールに登録している者)は、各病院の緩和ケアチームの医師と看護師になります。患者さんを紹介した病院がある場合には、関係する病院の緩和ケアチームが回答することを原則とし、質問後48時間以内に回答するように努めます。
- 5. 回答者の守秘義務**
回答者は「緩和ケアホットライン」で知り得た情報を口外しないことを誓約書として提出しています。
- 6. システムの責任者**
システムの責任者は、●●●●●●病院●●●●●●科●●●●●●です。

図 83 緩和ケアホットラインとアナウンス

所と地域緩和ケアチームのみならず、病院(4施設)、訪問看護ステーション(7施設)、居宅介護支援事業所、保険薬局など広範にわたった。終了後48時間以内に、地域緩和ケアチームが、対象となった患者の治療やケアについての評価や推奨を記載した recommendation summary を作成し、E-mailで診療所に送付した。

プログラムの進め方

地域緩和ケアチームは、プロジェクトの置かれている聖隷三方原病院の緩和ケアチームの医師1名、緩和ケア認定看護師1名に加えて、プロジェクトで雇用された緩和ケア認定看護師1名が担当した。当初仕事量が想定できなかったため、兼任で仕事をはじめ、地域緩和ケアチームの仕事が増加するようであれば、追加の人員を配置することを想定した。新しく地域緩和ケアチームのためにまったく新しく医師や看護師を雇用することはなかったのは、相談を適切に受ける能力のある医師や看護師を見つけることは容易ではないことと、既存のリソースを利用するほうが緩和ケアについても地域についても大体のことが分かるためより有用だと考えたためである。

地域緩和ケアチームへの相談件数は、予測される件数より少ない印象であった。想定できる解釈として、以下のようなものがありうるが、研究期間内に確認することができなかった。①医師にとって緩和ケアにわからず「コンサルテーション」という行為自体になじみがない、②この数年の大規模病院での診療経験のない医師の場合「緩和ケアチーム」と協働した経験がないため、「緩和ケアチーム」が何をするのかイメージができない、③顔のよく分からない「地域緩和ケアチーム」に相談しなくても他の医師や経験のある訪問看護師など他の職種に相談したり、インターネットなど他の情報源から情報を得ることで対処できている、④個人的なつながりのある緩和ケア医師や看護師に連絡をとっている、⑤緩和ケアに関する困難な状況はあっても面識がないので頼みにくい・敷居が高い。

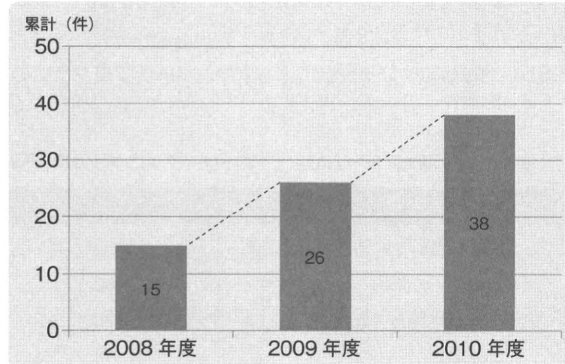


図 84 アウトリーチ回数

2008 年度には、44 名の患者についてカンファレンスが行われ、うち 23 名について共同診療が行われた。141 件の問題点が同定され、65%が身体的な問題で最も多く、次いで精神的な問題が 19%と多かった（図 85、表 18）。当初は身体的苦痛の話題が多かったものの、徐々にこころのケアや家族へのケアといった話題が増え、話題が包括的なものに変化していったことが示唆された。さらに、アウトリーチに参加した多職種 10 名を対象として、フォーカスグループインタビューが行われた。インタビューでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける」「患者や家族が肯定的である」「連携ができる」「関わっている患者の情報を共有してケアに生かせる」「相

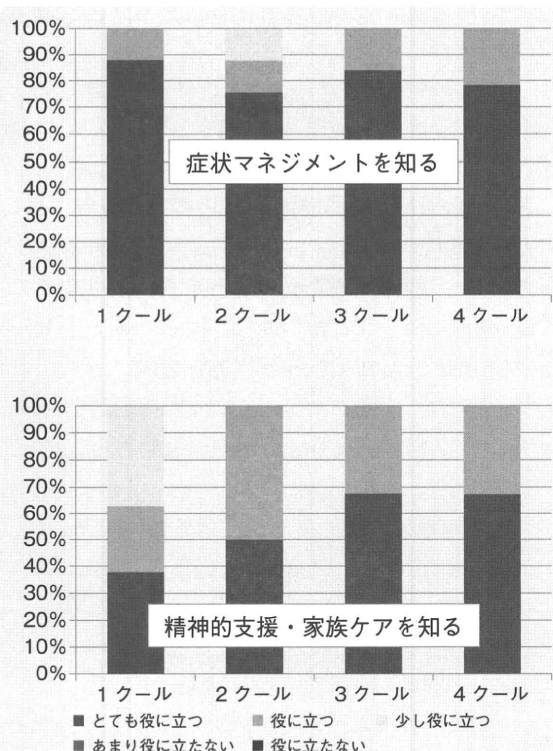


図 85 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価

表 18 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価

推奨された内容 (n = 113)	
身体／薬剤の問題への助言	64%
オピオイドの開始	19%
向精神薬の開始・増量	14%
ステロイド	8.3%
ソマトスタチン・制吐剤など	～4.6%
精神的ケアへの助言	13%
療養場所に関する問題への対応	8.8%
家族の問題への助言	7.1%

プログラムの進め方

アウトリーチは、2008 年度は診療所スタッフをおもな参加者として行われた。事前に多職種で訪問することの同意を診療所が患者・家族から得た。多人数での訪問のため、患者の否定的な反応も懸念されたが、実際にはほとんどの患者・家族から肯定的な評価を得られた。

2009 年度からは実施主体を診療所に移し、「地域緩和ケアカンファレンス」と名称を変えて、「地域の緩和ケアの連携・相談の場所」として位置づけて運用された。当該診療所の診療を受けていない事例であっても、訪問看護ステーションからの相談がカンファレンスで挙げられるなどの場所として運用されるようになった。

談内容が症状から包括的なこと変わってくる」「もっと広げたい」などのテーマが語られた。

c) 浜松地域独自の取り組み

⑤緩和ケアチーム合同カンファレンス

2009 年度から、浜松市内にある 5 つの病院の緩和ケアチームを中心とした緩和ケア専門家が困難事例について議論し、知識・技術を高めるためのカンファレンスが行われた。地域に対して開かれた会として持ち回りで運営され、緩和ケアチーム以外の医師、看護師、薬剤師、牧師なども参加した。参加者は各回 15～20 名程度で、勤務終了後に 2 時間ほど、1 回につき 4～5 事例を扱った。

議論された内容は、難しい症状マネジメントの工夫、精神的ケア、家族ケア、療養場所の選択に関わる支援、コンサルテーションを受けるチームとしてのあり方など多岐に及んだ。「緩和ケアチームを運営する上での苦勞」や、他の施設での薬剤の使用法、ケアの工夫、人事など、人数の多い公の場所ではなかなか話せない「本音を話し合うことから学ぶ」場として運用された。

また、カンファレンスが終了してからの 30 分間ほどは、それぞれの病院の緩和ケアを向上させるための方策、プロジェクトや緩和ケア講習会の進め方を話し合う場としても機能し、患者・家族調査の共有、作成したマテリアルの配布、プロジェクトに関連した調査、いろいろな行事のスケジュールリングについて情報共有が行われた。

⑥ホスピスの在宅支援ベッド・ホスピスの利用について考える会

浜松地域のホスピス（県の認可を受けている緩和ケア病棟）は、聖隷ホスピスの 27 床のみであり、通常の予約入院

では平均待機期間が2～6週間である。在宅療養している患者で病状が悪くなり、入院希望がある場合には、原則的に治療を受けていた病院に入院することができる。しかし、病状の悪化ではなく、家族の介護疲労など医学的な入院の適応が乏しい場合には、入所できる施設がほとんどない。そのため、2008年度から、ホスピスにおいて、「在宅支援ベッド」として、通常予約枠とは別に、在宅療養している患者の一時的な入院を目的に待機時間が1週間以内になるように1～2床が調整された（図86）。

在宅支援入院とは、「入院日に退院日をあらかじめ決め、依頼から7日以内に入院するもの」と定義された。在宅支援入院は、①症状マネジメント目的の入院と、②家族の介護疲労の緩和のためのレスパイト入院の2つが含まれる。



図86 ホスピスの在宅支援ベッド

2008年度は27件17名、2009年度は23件16名、2010年度は8件6名（2010年12月現在）がホスピスの在宅支援ベッドを利用した（表19）。評価としては、介護疲労で入院する事例では、患者にとっての入院の目的（検査、リハビリテーション、治療の見直しなど）があることが評価を高めていた。また、患者自身のケアに対する満足感が聞かれた。家族は初回の利用では、心配で毎日面会に来るという場合もあったが、複数の回の利用で安心して外出ができた事例もあった。一方、入院させることでの自責感を感じる家族もあった。地域医療者からは、家族が介護を続けるうえで役に立ったとの声が聞かれた。

表19 ホスピスの在宅支援ベッド利用件数

	2008年度	2009年度	2010年度 (2010年4月～12月)
利用患者数（件数）	17名（27件）	16名（23件）	6名（8件）
経路 診療所	7名	9名	4名
病院（自施設）	7名	2名	0名
病院（他施設）	3名	5名	2名
目的 症状緩和	6名（7件）	5名（6件）	2名（2件）
介護疲労	11名（20件）	11名（17件）	4名（6件）
転帰 退院	13名	13名	3名
入院継続・死亡	4名	3名	3名

ホスピスの医師は、症状マネジメント目的での入院の場合、限られた期間のなかで症状マネジメントを行う負担もあった。ホスピスの看護師は、あらかじめ入院期間が決められ、在宅に帰ることが予定されている患者へのケアや地域との連携に戸惑いも少なくなかった。ホスピスの看護師は、当初ケアの意味を見出しにくい場合もあったが、複数回の利用で患者との関係が確立される、在宅に戻ってからの地域からのフィードバックがあることにより、ケアの意味を見出すことができる場合があった。さらに、ホスピスの看護師は、事例を重ねることによって、在宅の視点をもったケアができるように変化していた。

これらの結果から、ホスピスにおける在宅支援ベッドの運用については、長期的な在宅療養を支持する役割として有用であるが、運用の工夫に配慮することが重要であると考えられた（表20）。

表20 ホスピスの在宅支援ベッドの運用のノウハウ

課題	対策
患者自身は入院を希望していない、早く退院したい症例がある	家族のレスパイト目的での入院では、患者自身にも入院の目標を設定できるようにする（リハビリ、検査、治療の見直しなど）
患者の要望通りにすべて対応すると、在宅での対応が困難になることがある	病棟スタッフは「在宅で対応可能な視点」で対応し、過度なケアとならないようにする
ホスピススタッフは専門家としての意味を見出しにくい	在宅支援入院は病棟としての意義は少なくとも長期的には在宅療養に良い影響を与えることを知り、患者・家族の評価を地域医療者から病棟スタッフが知る機会を設ける
家族が自責感や不安を感じることもある	家族の自責感に気づいて和らげる声かけをする、何回も使用して少しずつ家族が離れられるように早期から使ってみることを勧める
症状マネジメント入院では、予定通りの退院が困難なことが多い	がん患者の入院では一定の率で病状の悪化により退院ができなくなることを知る
入院による環境の変化でせん妄が悪化することがある	せん妄リスクの高い患者では、症状が悪化する可能性があることを認識する

さらに、地域のホスピスの有効な利用を検討するため、「ホスピスの利用について考える会」が2010年度から開始された。会の目的は、①ホスピス病棟への入院を希望する患者の待機期間に情報をうまく共有するための仕組みづくり、②ホスピスの在宅支援ベッドのよりよい利用の仕方を共有すること、③がん患者をあまりみない介護支援専門員がホスピスについての情報を得ること、などが目的である。2010年の参加者は累計116名であった。

第1回は、2010年4月21日（水）19時～20時半の時間に聖隷三方原病院で開催され、60名の参加を得た。ホスピス利用の現状についての共有を行った後に、「ホスピスとの情報共有」と「ホスピスの在宅支援ベッドの利用」に関する課題と解決策についてのグループワークが行われた。各グループにホスピスの医師や看護師、MSWが入り、具体的に話し合えるように設定された。がん患者をあまり担当しない参加者も多く、ニーズは多様であった。ホスピスの在宅支援

Ⅲ. 資料

ベッドについての情報が周知されていない、ホスピスの負のイメージ（死を連想させる、退院できるイメージがない）が医療福祉従事者にも患者・家族にもあって利用のバリアとなっている、受け入れの条件や限界があることで利用しにくい場合があるなど、現場での課題が共有された。

第1回の話し合いの結果をもとに、ホスピスへの紹介患者数の多い地域の病院、診療所、訪問看護ステーションの実務者15名と、ホスピス所長、ホスピス課長、MSWにより、具体的な課題と解決策が議論された。課題として挙げられた内容は、①ホスピスの在宅支援ベッド利用にあたって外来受診が必要であり家族の負担があること、②化学療法（内服）中の患者がホスピスの在宅支援ベッドの利用ができないこと、③ホスピスの在宅支援ベッド利用のまま入院継続となる事例があること、④ホスピス利用に関するシステムの明文化

がなされていないこと、⑤ホスピス待機中に転院や病院から診療所への移行があった場合に情報共有が十分ではないこと、⑥ホスピス入院のタイミングが分からず、待機中のよい情報共有の方法が共有されていないこと、であった。それぞれの課題について、お互いに連絡を取り合いながら個別に相談し、柔軟に対応していくことが共有された。

第2回は、第1回とホスピスへの紹介が多い施設の実務者による話し合いの結果を踏まえ、2010年11月10日（水）19時～20時半の時間に、聖隷三方原病院において41名の参加を得て開催された。プログラムは、①在宅支援ベッドを利用した事例の紹介、②ホスピスの在宅支援ベッドの利用についての提案と議論、③ホスピス待機患者の情報共有についての提案と議論、であった。地域のなかでホスピスがより役立つための具体的な話し合いがなされた（表21）。ま

表21 ホスピスの利用について考える会で議論された課題と解決策

	課題	解決策
在宅支援ベッド	ホスピスの在宅支援ベッド利用にあたって外来受診が必要であり家族の負担がある	介護者が患者の側を離れられない場合もあり、受診困難な時の対応としては、まずホスピスの相談窓口で電話などで個別に相談する
	化学療法（内服）中の患者がホスピスの在宅支援ベッドの利用ができない （有害事象の観察や対応が難しい場合があるため）	・長期投与をしており、有害事象などもみられず、落ち着いていると思われる患者は対象とする ・休業中は対象とする
	ホスピスの在宅支援ベッド利用のまま入院継続となる事例がある	終末期せん妄のことも多いため、せん妄の原因についてアセスメントしたうえで相談する
	ホスピス利用に関するシステムの明文化がなされていない	個別相談を基本としていく
ホスピス待機患者の情報共有	ホスピス待機中に転院や病院から診療所への移行があった場合に情報共有が十分ではない	ホスピス予約をしているという情報があった場合には、病状変化についてホスピス課長または、浜松がんサポートセンターへ情報提供を行う
	ホスピス入院のタイミングがわからず、待機中のよい情報共有の方法が共有されていない	・優先される条件の確認 ①症状緩和が困難になっている ②看取りに近くなっているが本人・家族が在宅死を望んでいない（不安が強いなど） ③ホスピスで過ごしたいという本人の希望が強い（できればホスピスで1～2週間は過ごせることが望ましい。意識が低下してからでは満足度が低くなるが、希望であれば1日でも入院を受入れる） 〈優先度が低い例〉 ①家族の付き添いがなく大部屋でも過ごせる ②苦痛症状がない ③家族の付き添いができず認知低下による危険行動がある ・本人にとってホスピスに入院することのメリットを検討したうえで相談する ・予後が予測より短くなっている、症状マネジメントに難渋している、本人の希望が強いなど、情報があれば入院決定の判断材料になるため、その都度情報を交換し合う ・緊急入院した場合には、入院後の経過（1週間後くらい）を情報提供する ・予約後の経過が長くなっている患者については、追加の診療情報の提供があるとホスピス入院の時期の判断材料にもなるため、情報提供を行う

表 22 ホスピス研修の有用性

	とても役に立った	役に立った	少し役に立った	あまり役に立たなかった	役に立たなかった
総合的に	76%	24%	0%	0%	0%
症状マネジメントについて知ること	28%	48%	24%	0%	0%
精神的ケアや家族ケア コミュニケーションについて知ること	60%	36%	4.0%	0%	0%
連携の課題を共有することに	52%	32%	16%	0%	0%
お互いに顔の見える関係になることに	64%	24%	8.0%	4.0%	0%

た、会の終了後に希望者を対象として、ホスピス内の見学が行われた。終了後に、参加者に対して、ホスピスからまとめの文書が送付された。

評価のために、第1回と第2回の参加者を対象として、質問紙調査が行われた。有用性の評価では、総合的に「とても役に立った」「役に立った」と回答したものが、76%、97%であった。さらに、第1回では約50～70%が、第2回では85%以上の参加者が、「ホスピスで行われている医療やケアについて知ること」「ホスピスの待機の期間や待機の間の情報共有について知ること」「ホスピスの在宅支援ベッドを今後活用していくことに」について「とても役に立った」「役に立った」と回答した。

◎ホスピスでの研修

プロジェクト開始前には、聖隷三方原病院のホスピスは全国からの緩和ケアの専門研修を受け入れていたが、地域の医療福祉従事者の研修・見学を定期的に行っていなかった。浜松地域での緩和ケアの普及を目的に、2007年度から2010年度にかけて地域の看護師（2010年度から介護職も含む）を対象とした研修が行われた。2007年度は11名、OPTIM活動期間の3年間では合計25名が研修に参加した。

プログラムは体験型研修で、2007年度は一定のプログラムを組んで行われたが、受講者の希望がさまざまであったため、2008年度からは参加者個別の希望が達成されるような

個別プログラムを組んだ。希望された研修内容は、症状マネジメントや精神的ケアに加えて、「ホスピスを知ること」や「ホスピスとの連携について知ること」が含まれた。研修内容は、初日にオリエンテーションとしてホスピスの歴史や理念などについての講義を受け、その後はホスピスで患者を担当する看護師と共に動くことで、緩和ケアの知識・技術やコミュニケーションを具体的に学べるようにプログラムが組まれた。研修期間は、所属機関との調整により5～10日間であった。研修の全般的有用性について、参加者の76%が「とても役に立った」、24%が「役に立った」と評価した（表22）。特に、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること」や「連携」に関する有用性が高かった。

研修に参加した看護師6名を対象としたフォーカスグループインタビューでは、参加者の体験を表すカテゴリとして「ホスピスを知る」「緩和ケアの知識や技術を学ぶ」「チームのあり方を学ぶ」「自分自身をふりかえる」「患者・家族へのケアが変化する」「ホスピスとの連携に対する認識や実践が変化する」「さらにひろげていきたい」が抽出された。

地域の看護師を対象としたホスピス研修では、①実際にホスピスで行われているケアを知り紹介や連携に生かすこと、②精神的ケアやコミュニケーションについての研修機会となること、③参加者の施設で実施可能な看護ケアの視点から症状マネジメントを学ぶ機会を設けること、が重要であると示唆された。