

# OPTIM Report 2011

## 地域での実践

緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書

— Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model —



発行：厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班



## 発刊に寄せて

「がん対策基本法」（2006年成立）の理念を実現するために、全国で展開されている都道府県がん対策推進計画（2008年）では、質の高いがん緩和ケアの普及とそれに必要な人材の育成が、主な達成目標のひとつになっています。がん緩和ケアは、終末期のみでなく、診断された早い時期からの介入支援によって、日常生活の支障となる身体的・精神的・社会的な苦痛・不安を軽減し、患者さん・ご家族の快適な日常生活を実現することを目指しています。患者さんが希望される療養場所の選択肢を増やすことは患者さんの生活の質を重視する点で大切ですが、その前提として、地域におけるがん診療に関する円滑な医療連携が必須となります。

2006年に厚生労働科学研究助成金第3次対がん総合戦略事業、いわゆる「平成18年厚労省戦略研究課題2」として開始された「緩和ケアプログラムによる地域介入研究（OPTIM-study）」は、特定の地域に研究フィールドを定め、あらかじめ策定されたプログラムのもとに、多面的な研究を行いました。戦略研究は、厚労省健康局がん対策推進室が事務局となり、指定課題について、研究デザイン自体も事前評価の対象となる大型の研究班でした。がん緩和ケア臨床研究としてはクラスター化無作為化割付による比較試験のデザインはなじまないということで、世界の先行研究報告なども参考に、介入前後の比較研究デザインとすることで研究プラットホーム策定委員会（黒川班）の承認を得ました。厚労省の戦略研究推進体制としては、がん戦略研究に関する中央倫理委員会、運営委員会、研究評価委員会が独立して設置されており、さらに戦略研究の進捗管理と支援のために財団法人日本対がん協会に戦略研究推進室が設置されました。本研究班の事前の計画から、公募で選ばれた4地域における各フィールドでの研究組織構築、介入実施、地域進捗モニタリング、そして年次報告および総括報告まで、上記の戦略研究に関する各委員会において、定期的に進捗報告を行い、中間評価と助言を受けて研究を進めました。

本研究班は、早期からのがん緩和ケアの介入支援を行うことが、その対象とした地域におけるがん緩和ケアの質を向上させるのか、それらに従事している医療者の負担軽減になるのか、地域の患者・家族が安心して療養を受けられることになるのか、というような命題について、介入の前後比較デザインによる調査研究から、科学的、合理的な検討を行って介入方法の妥当性を複数の研究エンドポイントを用いて多面的に検証するものです。同時に、この研究班の行った研究プロセスをまとめて、地域における緩和ケアの連携体制を構築するために直面する課題とそれらの解決方法について、重要な事項に関する提言を作成しました。地域連携の鍵となるのは、福祉や介護なども含め、地域の中でがん患者・家族を支援する「多職種にわたる関係者の役割分担」を明確化し、「お互いの顔の見える信頼関係」を構築することです。また、全国一律に設定する制度という視点ではなく、むしろ、その地域のがん緩和ケアに関する連携に必要なリソースは何かということから、各地域の特性に合わせた柔軟な発想や工夫を勘案した体制を構築することが重要なヒントになりました。

本書は上記の視点を考慮した本研究班の研究成果に関する総括的報告の第一部です。第一部では、特に、研究対象となった4地域グループから発信する情報に重点を置いて作成しました。次年度の発刊を目指している第二部では、本戦略研究のアウトカム評価・解釈をプロセス研究結果と関連させながら報告する予定です。

「がん患者さん・ご家族が、いつでもどこでも安心して日常生活を送ること」を実現するために、本報告書をさまざまな形で利用していただければ、研究者一同にとって望外の喜びです。また、数年後には、本報告書の内容が、全国各地で、あたりまえのように運用されていることを期待したいと思います。

本研究にご協力いただいた多くのがん患者さんとそのご家族の方々、市民の方々に深く感謝を捧げるとともに、5年間にわたる本戦略研究の企画・実行・解析に携わった全ての関係者の方々のご尽力に深謝したいと思います。

2012年3月吉日

江口 研二

(帝京大学医学部内科学講座〈帝京がんセンター・腫瘍内科〉)

# C O N T E N T S

発刊に寄せて .....iii

## I. 概 要

A. OPTIM プロジェクトの概要	002
1) 方法・対象	002
2) 介 入	004
B. アウトカムの中間報告	006
1) 調査対象	006
2) 介入地域全体での評価	006
3) 地域差の評価	011
4) アウトカムが達成されなかった理由	011
5) アウトカムのまとめ	012
6) アウトカムの暫定的な解釈	016
C. 地域での実践のまとめ	017
1) 地域プロジェクトの進捗過程	017
2) 地域ネットワークの構築過程	018
3) まとめ	019

## II. 地域での実践

〈鶴岡地域〉	022
A. 鶴岡地域の概要	022
1) プロジェクトの活動の概要	022
B. プロジェクトの4本柱ごとの記録	030
1) 緩和ケアの技術・知識の向上	030

2) がん患者・家族・住民への情報提供	035
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	042
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	049
〔鶴岡地域・資料〕	050
<b>〈柏地域〉</b>	062
A. 柏地域の概要	062
1) プロジェクトの活動の概要	062
B. プロジェクトの4本柱ごとの記録	069
1) 緩和ケアの技術・知識の向上	069
2) がん患者・家族・住民への情報提供	073
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	079
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	083
〔柏地域・資料〕	084
<b>〈浜松地域〉</b>	100
A. 浜松地域の概要	100
1) プロジェクトの活動の概要	100
B. プロジェクトの4本柱ごとの記録	109
1) 緩和ケアの技術・知識の向上	109
2) がん患者・家族・住民への情報提供	117
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	126
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	142
〔浜松地域・資料〕	148
<b>〈長崎地域〉</b>	230
A. 長崎地域の概要	230

1) プロジェクトの活動の概要	230
<b>B. プロジェクトの4本柱ごとの記録</b>	239
1) 緩和ケアの技術・知識の向上	239
2) がん患者・家族・住民への情報提供	245
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	251
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	260
<b>〔長崎地域・資料〕</b>	262

### Ⅲ. 研究成果

A. 学会発表	300
B. 論文発表	304



# 第 I 章 概 要





# OPTIM プロジェクトの概要

森田 達也

聖隷三方原病院緩和和支持治療科

OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」) は、2005年から行われている戦略研究の一部であり、地域介入による前後比較研究と質的研究を組み合わせた mixed-method 研究として実施された<sup>1-3)</sup>。

OPTIM プロジェクトの目的は2つあり、ひとつは、地域緩和ケアプログラムの実施前後で、がん患者の自宅死亡率、緩和ケア利用数、緩和ケアの質評価 (quality of care) が向上するかを検証することである。もうひとつは、プロジェクトそのものの経過を通じて、緩和ケアの推進に取り組んでいく際に役立つ成果物や介入過程を作成することである。つまり、OPTIM プロジェクトでは、介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成したさまざまなマテリアルや知見・ノウハウの集積を全国の緩和ケアの普及に役立てることが目的とされたことが大きな特徴である。

これは、近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入 (complex intervention) の研究では、単にアウトカムが「どう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得て生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている。研究内容や学術的背景は protocol paper を参照されたい<sup>3)</sup>。

## 1) 方法・対象

研究は、2007年に立案とマテリアルの作成、2008年前半に介入前調査を行い、2年間の介入後、2010年後半から介入後調査が行われた。2012年3月現在、主要評価項目の取得を終了し、最終的な解析を実施している (図1)。

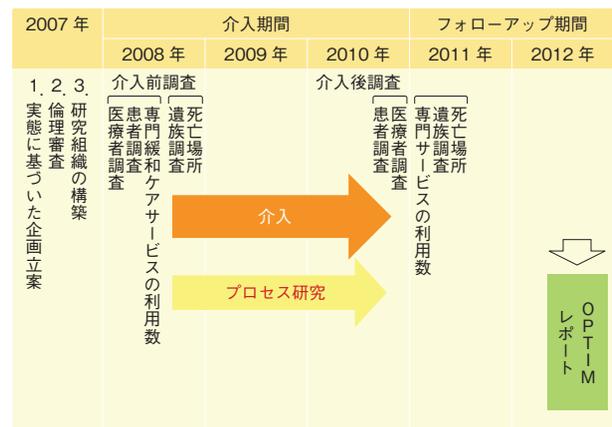


図1 OPTIM-study overview

介入地域は、実際に研究協力者が得られる公募地域から、「緩和ケアが未整備な地域」として鶴岡地域 (山形県鶴岡市・三川町) が、「緩和ケアがある程度整備されている地域」として柏地域 (千葉県柏市・我孫子市・流山市:がん専門病院に研究責任者を置く地域)、浜松地域 (静岡県浜松市:総合病院に研究責任者を置く地域)、長崎地域 (長崎県長崎市:医師会に研究責任者を置く地域) がそれぞれ対象とされた。

主要評価項目は、地域全体でのがん患者の自宅死亡率、専門緩和ケアサービスの利用数、外来通院している進行がん患者の評価した苦痛緩和の質評価 (quality of care: Care Evaluation Scale)、死亡したがん患者の遺族が評価した苦痛緩和の質評価 (quality of care) である。副次的評価項目として、患者の quality of life (Good Death Inventory)、疼痛、緩和ケアに関する知識や認識、遺族の介護負担、自宅療養期間、医師・看護師の知識や困難感、地域住民の知識や認識など多くの評価が包括的にされた (表1)。

表 1 主要・副次評価項目

<b>主要評価項目</b>
1) 自宅死亡率
2) 専門緩和ケアサービスの利用数
3) 通院中のがん患者による苦痛緩和の質評価*
4) 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価*
* Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン 「つらい症状にすみやかに対処している」「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせている」など
<b>副次評価項目</b>
1) 死亡場所、自宅療養期間
2) 患者の quality of life、疼痛、満足度
3) 遺族の評価による終末期がん患者の quality of life、疼痛、満足度、遺族の負担感
4) 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践
5) 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践
6) 患者の緩和ケアの知識・認識・安心感
7) 遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感
8) 患者・遺族の緩和ケアの準備性
9) 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感・準備性
10) 地域の緩和ケアの質指標

死亡場所については、地域のすべてのがん患者の死亡場所を総務省人口動態統計から取得した。専門緩和ケアサービスの利用数は、地域のすべての専門緩和ケアサービスから患者リストを取得し、地域のがん死亡数との比を算出した。患者（表 2）、遺族（表 3）、医師・看護師（表 4）については、質問紙調査を行い、可能な限り地域全体からのサンプリングになるように取得した。

表 2 対象・方法（1）がん患者による苦痛緩和の質評価

<b>【方法】</b>
患者を対象とした質問紙調査
<b>【適格基準】</b>
○外来に受診
○居住地が調査対象地域
○肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣
○再発・遠隔転移
○20歳以上
○告知
<b>【除外基準】</b>
○認知症、認知障害、精神疾患、意識障害のために調査票に記入できない
○精神的負担が大きいと担当医が判断
○身体的負担が大きいと担当医が判断
○視覚障害、言語的問題のために質問紙に記入できない
○抽出過程で死亡・入院・転院
○担当医が異動・不在のため確認できない
<b>【調査項目】</b>
Care Evaluation Scale
Good Death Inventory
Brief Pain Inventory
Satisfaction
Knowledge, beliefs, and concerns about palliative care

表 3 対象・方法（2）遺族による苦痛緩和の質評価

<b>【方法】</b>
がん患者の遺族を対象とした質問紙調査
<b>【適格基準】</b>
○死亡したがん患者の遺族
○居住地が調査対象地域
○肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣
○20歳以上
○告知
○研究施設で3日以上診療を受けている
<b>【除外基準】</b>
○認知症、認知障害、精神疾患などのために調査票に記入できない
○精神的負担が大きいと担当医が判断
○死亡場所が集中治療室、死因が治療関連死・合併症による死亡
○視覚障害、言語的問題のために質問紙に記入できない
<b>【調査項目】</b>
Care Evaluation Scale
Good Death Inventory
Caregiving Consequence Inventory
Satisfaction
Knowledge, beliefs, and concerns about palliative care

表 4 対象・方法（3）医師・看護師の知識・困難感・実践

<b>【方法】</b>
医師・看護師を対象とした質問紙調査
<b>【適格基準】</b>
○がん診療に携わるすべての常勤の病院医師・看護師
内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科・病棟
○診療所医師（内科、外科など）
○訪問看護ステーション看護師
○臨床経験が3年以上
○調査施設で1年以上勤務
<b>【除外基準】</b>
○がん患者の診療経験がない
<b>【調査項目】</b>
Palliative Care Knowledge Test
Palliative Care Difficulties Scale
Palliative Care Self-reported Practice Scale

プロセスの研究として、1) 各地域で実施された介入の詳細を記述する記述的研究、2) 各地域で行われた多職種連携カンファレンスの内容・フィールドノートからの地域の緩和ケアに関する課題と解決策の系統的な収集、3) 各地域のリンクスタッフ 100 名を対象として「なぜ、どのような変化が生じたのか」を探索するインタビュー調査を行った（表 5）。

表5 プロセスの研究

1) 記述	各地域で実施された介入の詳細を記述する
2) 課題と解決策の系統的整理	各地域で行われた多職種連携カンファレンスの内容、およびフィールドノートから、地域のがん緩和ケアに関する課題と解決策を収集し、質的に分類する
3) インタビュー研究	各地域のリンクスタッフ100名を対象としたインタビュー調査により、「なぜ、どのような変化が生じたのか」を質的に分析する

## 2) 介入

介入は、各地域での調査、文献による検討、専門家の討議によって、地域で緩和ケアを提供するうえでのバリアとなっている4つの領域「緩和ケアの技術が浸透していない」「緩和ケアに関する患者の認識が十分ではない」「自宅・地域での連携体制が確立していない」「緩和ケアの専門家がいなく・利用可能ではない」、のそれぞれについて、1) 緩和ケアの技術・知識の向上（マニュアルなどの配布、緩和ケアセミナーの開催）、2) がん患者・家族・住民への情報提供（リーフレットなどの配布、市民対象講演会の開催）、3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進（相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、多職種連携カンファレンスの開催など）、4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供（地域緩和ケアチームの設置など）、を柱とした複合的な介入プログラムを設定した（図2）。地域の事情に合わせて柔軟に実施できるように、必須な介入を「〇〇対象に〇〇の内容を含む講演会を年〇回以上行う」などと手順書を作成してあらかじめ定め、介入の程度や方法には幅をもたせた。

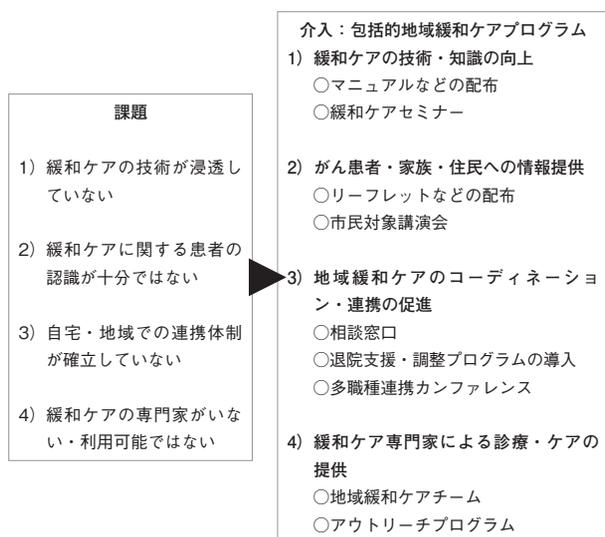


図2 介入

「緩和ケアの技術・知識の向上」のために、各地域に緩和ケアのマニュアルである『ステップ緩和ケア』、患者・家族用パンフレット、包括的な評価ツールである「生活のしやすさに関する質問票」、マニュアル、患者・家族用パンフレットに沿った実際の診療場面を示したDVD『ステップ緩和ケアムービー』などが配布された。緩和ケアに関する知識と技術の向上を目的とした緩和ケアセミナーが医師、看護師、薬剤師など多職種向けに行われた。

「がん患者・家族への情報提供」のために、各種患者・市民向けリーフレット・冊子が地域全体に配布され、ポスターが掲示、また、「緩和ケアを知る100冊」が地域の図書館に設置された。市民を対象として、緩和ケアや在宅医療についての講演会が行われた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」としては、各地域に相談支援センターが設置され、特に退院支援・調整プログラムの導入と退院前カンファレンスが実施された。また、地域の連携の課題を抽出し解決策を得るために、医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーなど多職種でのグループワークを中心とした「多職種連携カンファレンス」が行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」としては、地域緩和ケアチームが設置され、地域で生じている緩和ケアの困難事例についての相談を受けたり、定期的に他施設を訪問するアウトリーチプログラムが行われたりした。

各地域で行われた介入の概要を表6に示す。各地域とも約100名以上のリンクスタッフを配置した。3年間で各地域で合わせて延べ約20万部のマニュアルなどが配布され、2万名以上が緩和ケアセミナーを受けた。患者・市民向けにも20万部以上のリーフレットなどが配布され、1万人以上が市民対象の講演会に参加した。約1600名の地域の医療福祉従事者が多職種連携カンファレンスに参加し、地域緩和ケアチームの相談が約400件行われた。

介入への曝露を見た介入後の質問紙調査では、人口規模の小さい鶴岡地域で介入に参加した医師・看護師が最も多く、患者のプロジェクトの認知度も高かった（表7）。4地域合計では、緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに3年間で少なくとも1回以上参加した医師は50%、看護師は46%であり、緩和ケアのマニュアル、ムービー、パンフレット、評価ツールのいずれかを使用したことがある医師は47%、看護師は41%であった。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を「知っている」「聞いたことがある」と回答した患者は40%であった。

表 6 実施された主な介入内容

	合計	鶴岡	柏	浜松	長崎
リンクスタッフ (人)	1017	92	137	469	321
マニュアルなど 配布数 (部)	199244	35294	48967	79704	35279
緩和ケアセミナー 参加者数 (人)	22189	5243	5491	7197	4258
リーフレットなど 配布数 (部)	202340	42836	23258	121204	15042
市民対象講演会 参加者数 (人)	10226	2531	1803	2049	3843
多職種連携カンファレンス 参加者数 (人)	1635	294	436	556	349
地域緩和ケアチーム 相談件数 (件)	429	231	23	136	39

表 7 介入への曝露

	合計	鶴岡	柏	浜松	長崎
医師 (n)	706	51	202	195	258
看護師 (n)	2236	261	623	699	653
緩和ケアセミナー・多職種連携カンファ レンスへの参加 <sup>1</sup>	50% (n = 355)	78% (n = 40)	38% (n = 77)	50% (n = 97)	55% (n = 141)
医師	46% (n = 1021)	68% (n = 178)	30% (n = 186)	48% (n = 335)	48% (n = 312)
看護師					
マニュアルなどの利用 <sup>2</sup>	47% (n = 330)	61% (n = 31)	40% (n = 81)	56% (n = 109)	42% (n = 109)
医師	41% (n = 925)	45% (n = 117)	45% (n = 278)	48% (n = 337)	30% (n = 193)
看護師					
患者 (n)	857	166	192	255	244
プロジェクトの認知率 <sup>3</sup>	40% (n = 340)	60% (n = 99)	32% (n = 61)	38% (n = 96)	34% (n = 84)

1: 地域で行われた緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに3年間で1回以上参加した医師・看護師の%を示す。

2: 緩和ケアのマニュアル、ムービー、パンフレット、評価ツールのいずれかを使用したことがある医師・看護師の%を示す。

3: 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を知っている、聞いたことがあると回答した%を示す。

## 文 献

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25 (5): 412-8. 2008.
- 2) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-

- study) の経過と今後の課題. *ホスピス緩和ケア白書 2011*. (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 (編), (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 24-41, 2011.
- 3) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11 (1): 2. 2012.



# アウトカムの中間報告

森田 達也\*<sup>1</sup>・宮下 光令\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> 聖隷三方原病院緩和支援治療科 \*<sup>2</sup> 東北大学大学院医学系研究科

本章では、2012年3月時点での解析結果と解釈について概要を記載する。解析は対象の背景の違いによる補正など詳細の解析を行っていないものがあるため、最終の結果ではない。

## 1) 調査対象

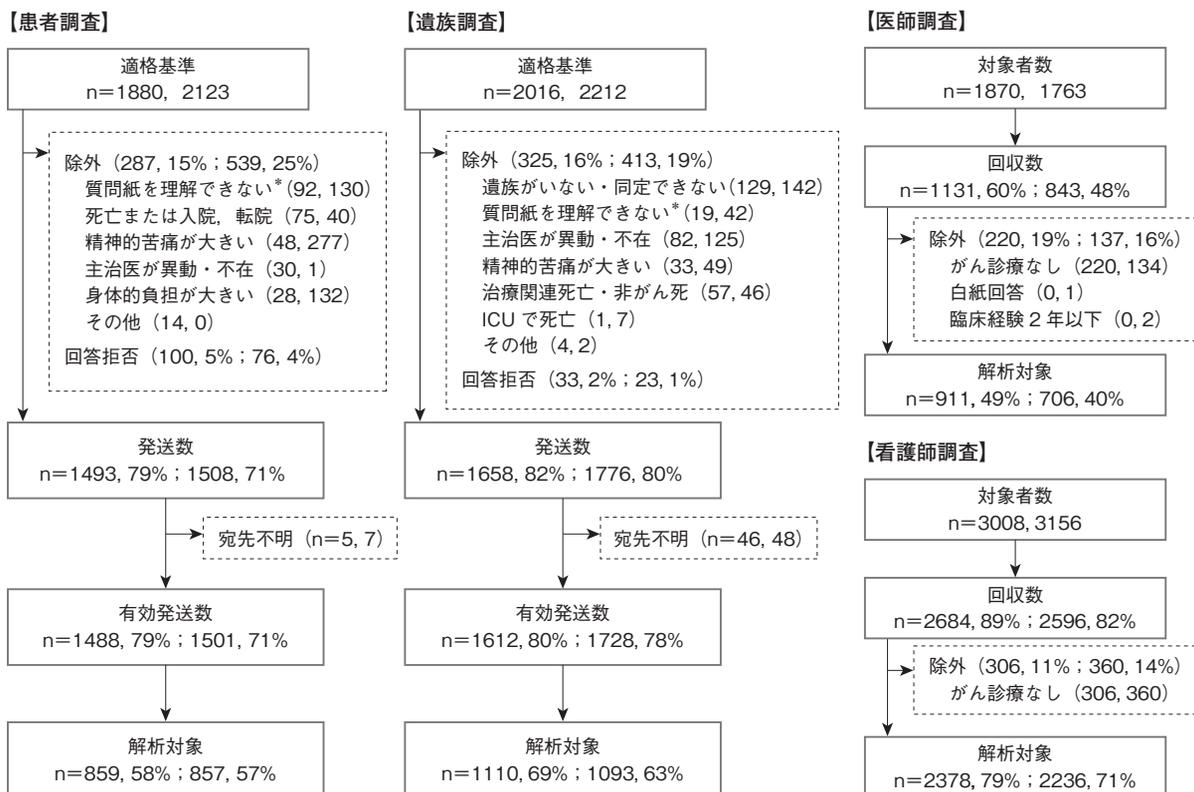
患者調査では、介入前調査では859名、介入後調査では857名が解析の対象となった(図3)。遺族調査では、介入前調査では1110名、介入後調査では1093名が解析の対象となった。医師・看護師調査では、それぞれ、介入前調査では911名・2378名、介入後調査では706名・2236名が解析の対象となった。

## 2) 介入地域全体での評価

介入地域全体では、介入前に比して、自宅死亡率、専門緩和ケアサービスの利用数、患者による苦痛緩和の質評価、遺族による苦痛緩和の質評価、医師・看護師の困難感のいずれも有意に改善した(図4)。

### a) 自宅死亡率

自宅死亡率は、介入前6.8%から、介入後では10.5%に増加した( $p < 0.001$ )。全国平均の自宅死亡率の増加率と比較して、介入期間中の増加率は3倍であり(67% vs. 22%)、増加の程度は全国平均より有意に大きかった( $p <$



\* 認知症、認知障害、精神疾患、高齢、意識障害など

図3 調査対象

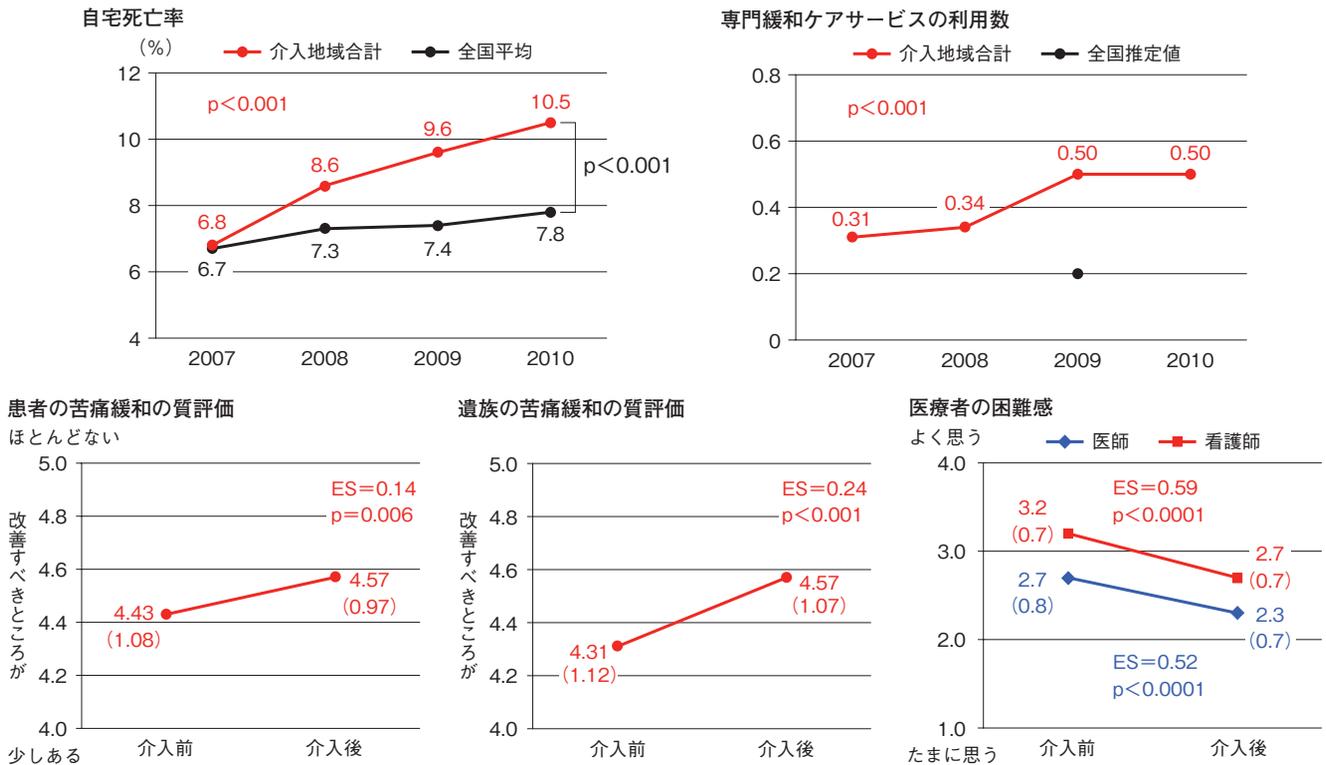


図4 主要評価項目と医師・看護師の困難感

0.001)。「患者が望んだ場所で過ごせた」と回答した遺族は、病院、ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族に比較して、自宅で死亡した患者の遺族で非常に多かった(図5)。すなわち、本研究で認められた自宅死亡率の増加は、患者の希望に沿わない自宅死亡の増加ではなく、患者の希望に沿った増加であると考えられた。

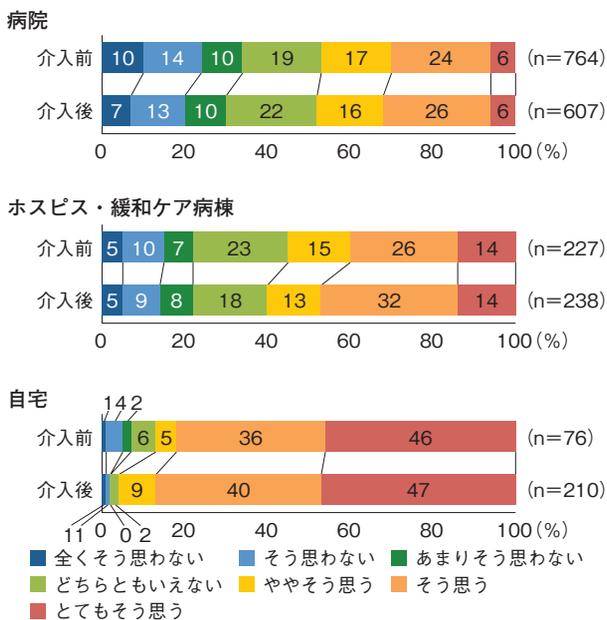


図5 「望んだ場所で過ごせた」割合

### b) 専門緩和ケアサービスの利用数

専門緩和ケアサービス利用数の死亡がん患者に対する比は、介入前0.31から、介入後では0.50に増加した(p<0.001)。一方、全国の専門緩和ケアサービスの利用数の平均推定値は0.20であった。

### c) 患者・遺族の緩和ケアの質評価, quality of life

患者の苦痛緩和の質評価の指標であるCare Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメインの平均得点は、介入前は4.43±1.08、介入後は4.57±0.97であった(p=0.006, Effect size=0.14)。遺族の苦痛緩和の質評価の指標であるCare Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメインの平均得点は、介入前は4.31±1.12、介入後は4.57±1.07であった(p<0.001, Effect size=0.24)。

また、Good Death Inventoryで測定した患者のquality of lifeでは、患者では有意な変化が見られなかったが、遺族では合計点でEffect sizeが0.23の有意な変化が認められた(表8)。代表的な項目で見ると、「医師はつらい症状にすみやかに対処している」「希望がかなえられるように医師や看護師は努力している」「からだの苦痛が少なく過ごせている」「望んだ場所で過ごせている」など、多くの項目で改善が認められた(図6)。また、遺族の介護負担については前後で有意な変化を示さず、地域でがん医療を受ける安心感は改善した(図7)。

表8 Quality of lifeの変化

	外来通院患者				終末期患者			
	介入前	介入後	ES	p値	介入前	介入後	ES	p値
	合計点	合計点			合計点	合計点		
痛みが少なく過ごせている	5.6 ± 1.4	5.6 ± 1.5	0.02	0.76	4.3 ± 1.8	4.6 ± 1.6	0.16	<0.001
からだの苦痛が少なく過ごせている	5.4 ± 1.5	5.4 ± 1.5	0.04	0.37	4.0 ± 1.7	4.3 ± 1.6	0.19	<0.001
おだやかな気持ちで過ごせている	5.2 ± 1.5	5.4 ± 1.5	0.08	0.085	4.1 ± 1.7	4.5 ± 1.6	0.22	<0.001
望んだ場所で過ごせている	5.9 ± 1.2	6.0 ± 1.2	0.10	0.042	4.4 ± 1.8	4.8 ± 1.8	0.23	<0.001
望んだ場所で最期を迎えられた	—	—	—	—	4.1 ± 1.9	4.6 ± 1.9	0.22	<0.001
療養した場所は患者さまの意向に沿っていた	—	—	—	—	4.9 ± 1.6	5.2 ± 1.5	0.15	<0.001
楽しみになるようなことがある	5.2 ± 1.6	5.4 ± 1.4	0.10	0.038	3.7 ± 1.7	3.9 ± 1.7	0.13	0.003
医師を信頼している	6.0 ± 1.2	6.0 ± 1.1	0.01	0.88	5.4 ± 1.4	5.6 ± 1.3	0.12	0.007
人に迷惑をかけてつらいと感じることがある	4.3 ± 1.9	4.2 ± 1.9	0.07	0.18	4.3 ± 1.6	4.2 ± 1.6	0.06	0.20
ご家族やご友人と十分に時間を過ごせている	5.7 ± 1.4	5.7 ± 1.4	0.02	0.72	4.7 ± 1.6	5.0 ± 1.5	0.19	<0.001
身の回りのことはたいてい自分ができる	6.0 ± 1.3	6.1 ± 1.2	0.07	0.13	3.5 ± 1.9	3.5 ± 2.1	0.01	0.86
落ち着いた環境で過ごせている	5.8 ± 1.3	5.9 ± 1.2	0.09	0.055	4.9 ± 1.5	5.2 ± 1.4	0.20	<0.001
ひととして大切にされていると感じる	5.9 ± 1.2	5.9 ± 1.2	0.05	0.34	5.7 ± 1.2	5.8 ± 1.1	0.11	0.01
充実した人生だと感じている	5.3 ± 1.5	5.4 ± 1.4	0.09	0.063	4.7 ± 1.5	4.9 ± 1.5	0.17	<0.001
合計点	5.4 ± 1.0	5.5 ± 0.9	0.08	0.10	4.4 ± 1.0	4.6 ± 1.0	0.23	<0.001

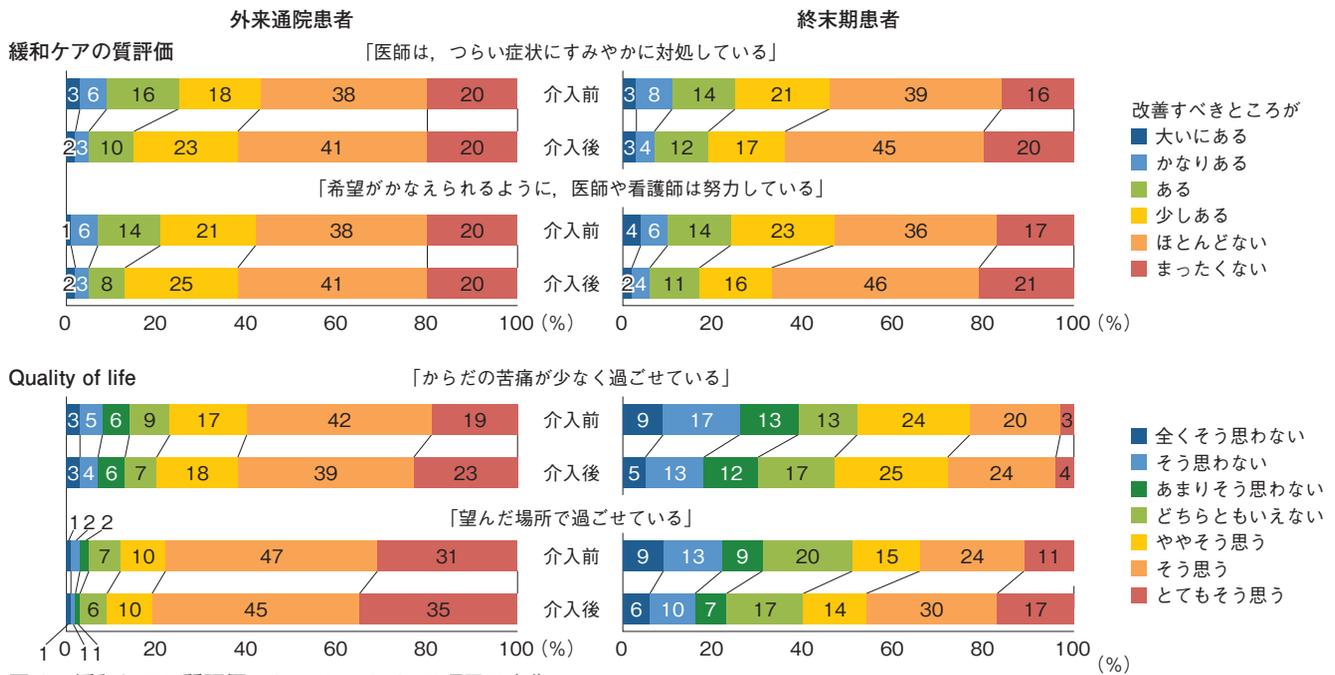


図6 緩和ケアの質評価, Quality of lifeの項目の変化

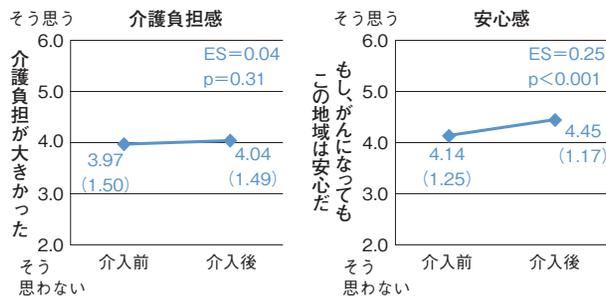


図7 遺族の介護負担と安心感

疼痛の治療については、外来通院患者全体の37%が軽度の、13%が中程度の、7.4%が高度の疼痛を持っていた(図8)。痛みを治療を希望する患者の頻度は、軽度の疼痛では33%、中程度の疼痛では49%、高度の疼痛では69%であった。治療を希望しない理由は、疼痛の程度によって傾向が異なっており、軽度の疼痛では「仕事や睡眠に支障をきたすほどではない」が多かったが、高度の疼痛では「依存症になることが心配」、あるいは、すでにある眠気などの

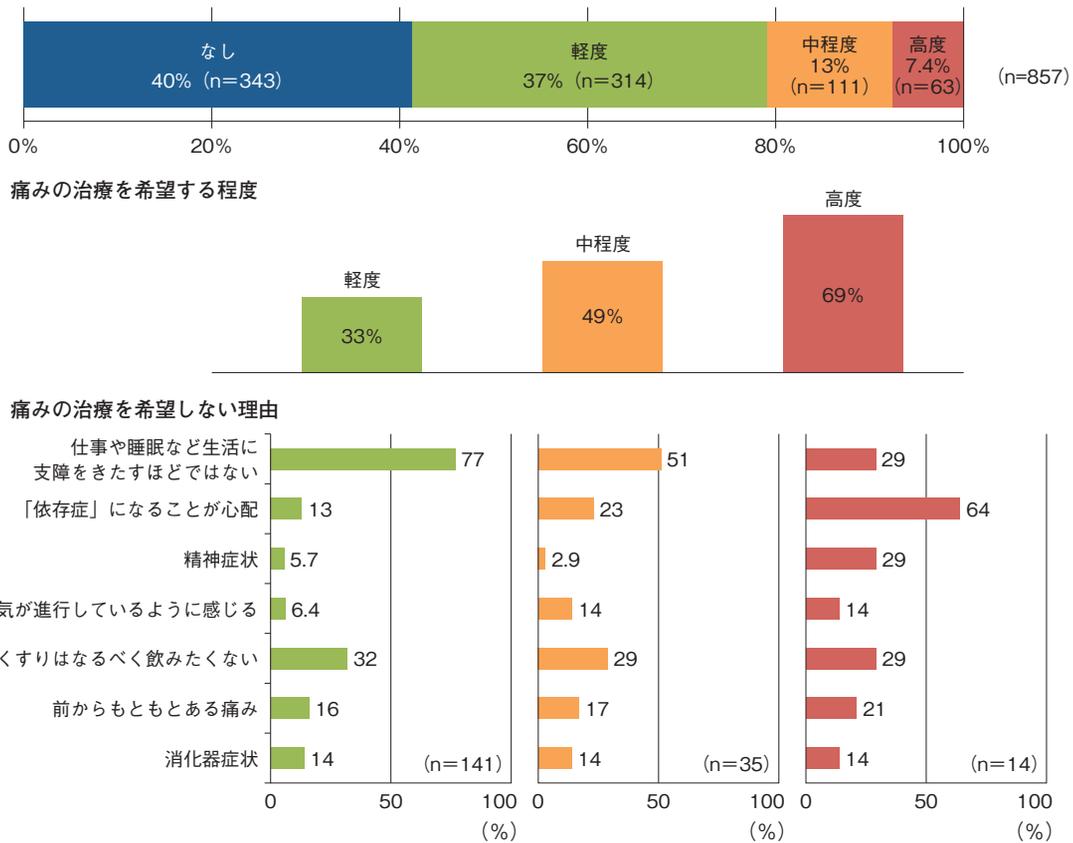


図8 外来がん患者の痛みの治療

「精神症状」のためであった。(鎮痛薬に限らず)「くすりになるべく飲みたくない」が疼痛の程度に限らず約30%で挙げられた。

#### d) 医師・看護師の知識・困難感・実践

医師・看護師の困難感の指標である Palliative Care Difficulties Scale の合計得点は、医師で介入前の  $2.7 \pm 0.8$  から  $2.3 \pm 0.7$  に、看護師で  $3.2 \pm 0.7$  から  $2.7 \pm 0.7$  に有意に減少し、効果量も比較的大きかった ( $p < 0.0001$ ,  $ES = 0.52$ ;  $p < 0.0001$ ,  $ES = 0.59$ ; 図4)。困難感では特に地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションに関する困難感が減少しており、症状緩和に関する困難感の改善は比較的小さかった(図9)。知識の改善が見られた一方、実践の自己評価は有意な変化であったが効果量は marginal であった。

プロジェクトに参加した医師では、参加しなかった医師と比較して、知識、困難感、実践とも有意に改善した(図10)。医師の背景(病院医師 vs. 診療所医師、専門、がん患者の診療数)に差はなかった。緩和ケアセミナーなどのカンファレンスに参加した回数で比較すると、参加回数が増えるほど知識、困難感、実践が改善する有意な傾向が認められた(図11)。

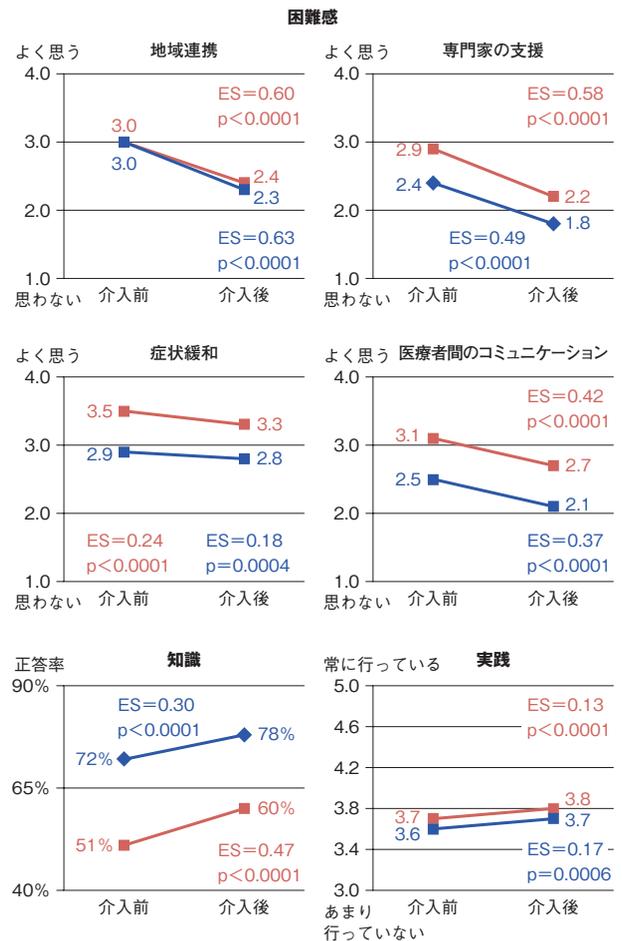


図9 医師・看護師の困難感・知識・実践

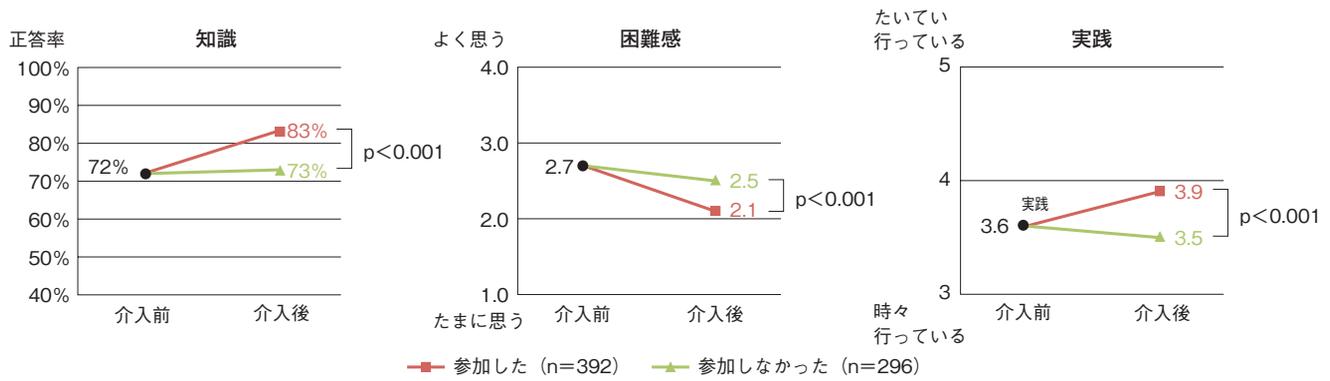


図 10 医師のプロジェクトへの参加の有無による比較

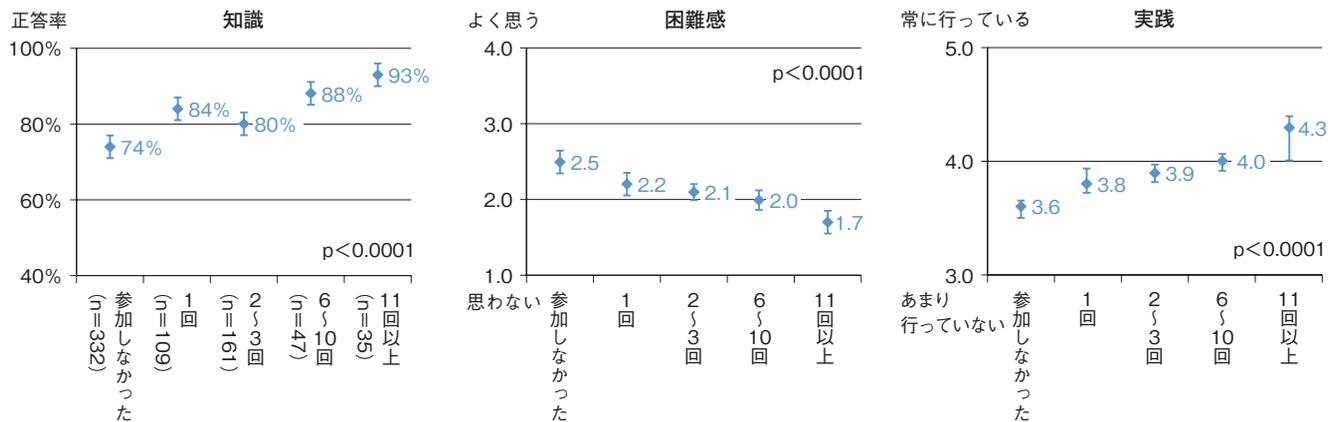
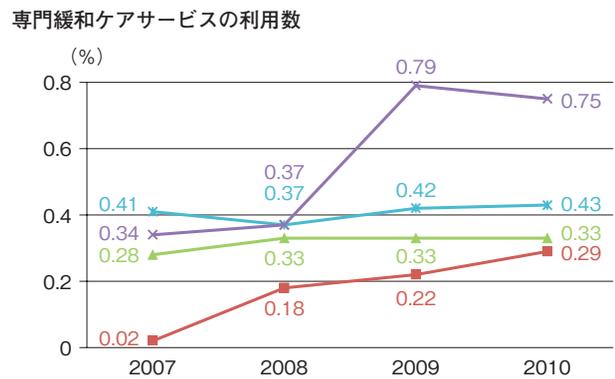
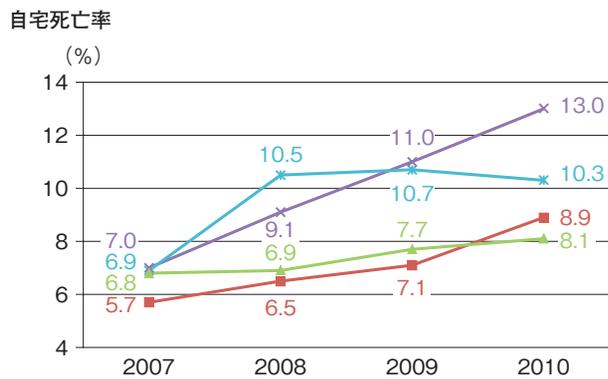


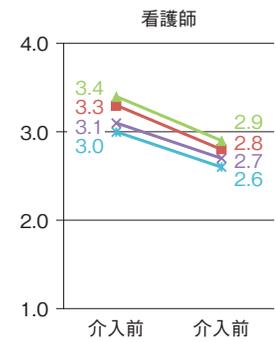
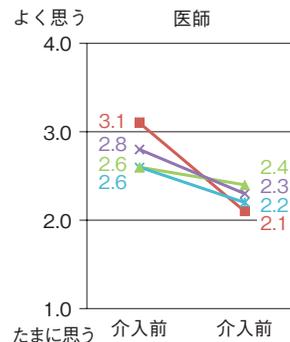
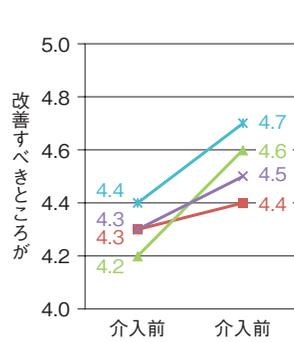
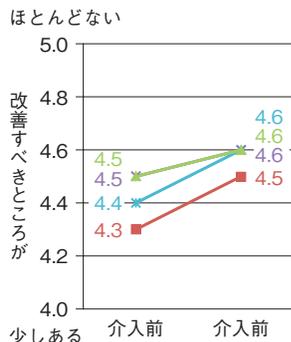
図 11 医師のプロジェクトへの参加の程度による比較



患者の苦痛緩和の質評価

遺族の苦痛緩和の質評価

医療者の困難感



— 鶴岡地域 — 柏地域 — 浜松地域 — 長崎地域

図 12 地域差の評価

### 3) 地域差の評価

地域の比較では、自宅死亡率、専門緩和ケアサービスの利用数に地域間差が認められ、自宅死亡では浜松地域、長崎地域、鶴岡地域の増加率が大きく、専門緩和ケアサービスの利用数では鶴岡地域と浜松地域の増加が大きかった(図12)。これはいずれも地域に存在するリソースの数がアウトカム数値を規定したことが推定された。

一方、患者による苦痛緩和の評価、遺族による苦痛緩和の評価、医師・看護師の困難感には明らかな地域間差がなく、いずれの地域においても同様の変化が認められた。

### 4) アウトカムが達成されなかった理由

#### a) 緩和ケアの質評価

「医師は苦痛をやわらげるように努めている」に「改善すべきところがある・かなりある・大いにある」と回答した患者は857名中132名(15%)であった。そう思う理由として多かったものは、「医師は対処しているが苦痛が取りきれない」(65%)、「診察に十分な時間がない」(29%)であり、医師・看護師も「十分な診察/ケアの時間がとれなかった」「対応する時間がなかった」「対応したが苦痛をやわらげら

れなかった」ことを緩和ケアの阻害要因として挙げた(図13)。

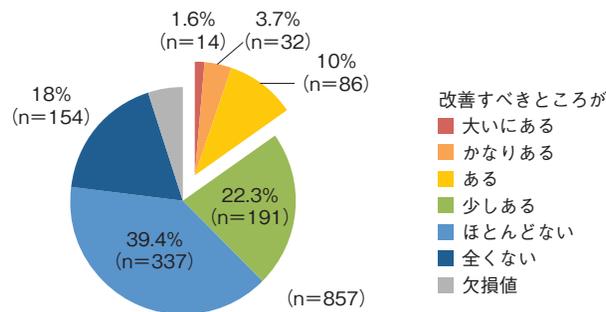
#### b) 専門緩和ケアサービスの利用

「からだの苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない・そう思わない・全くそう思わない」と回答した患者は111名(13%)であった。そのうち「緩和ケアの専門家の診療を受けている」ものが20名、受けていないものが57名(無回答34名)であった。緩和ケア専門家の診療を受けていない理由として最も多かったのは、「生活に支障をきたすほどではない」(40%)であり、他に、「受診をすすめられていない」(33%)、「受診方法が分からない」(33%)であった(図14)。一方、緩和ケアの専門家に紹介した経験のない医師が紹介しなかった理由としては「困ることがなかった」(62%)、「知らなかった」(15%)が最も多かった。

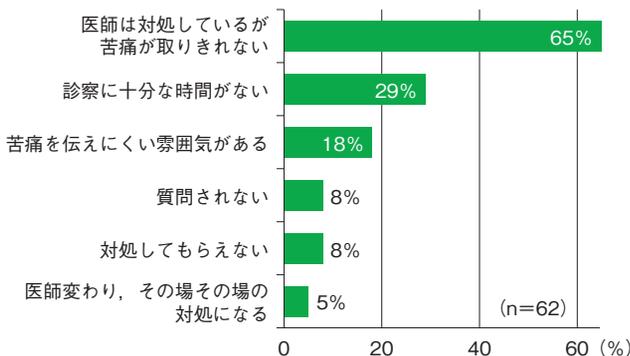
#### c) 自宅死亡

死亡場所については遺族調査の結果の一部が固定していないため今回の報告ではデータを記載できないが、「望んだ場所で最期を迎えられた」かを家族に質問し、そう思わないと回答した遺族に「希望していた場所」、さらに自宅を希

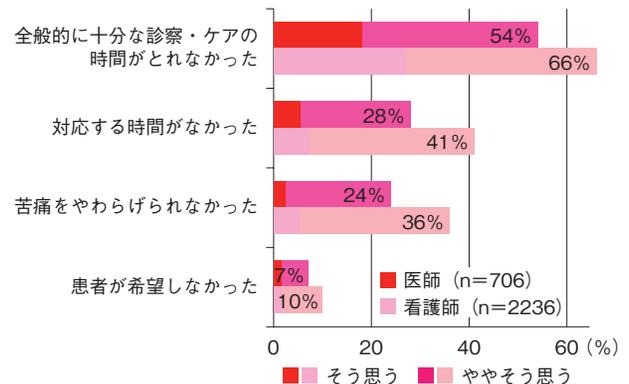
「医師はからだの苦痛をやわらげるのに努めている」



患者から見た緩和ケアに改善が必要な理由



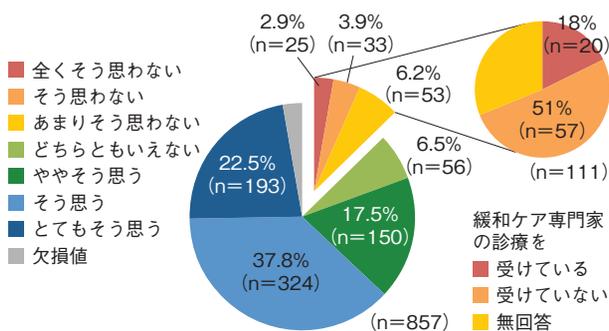
医師・看護師から見た緩和ケアの阻害要因



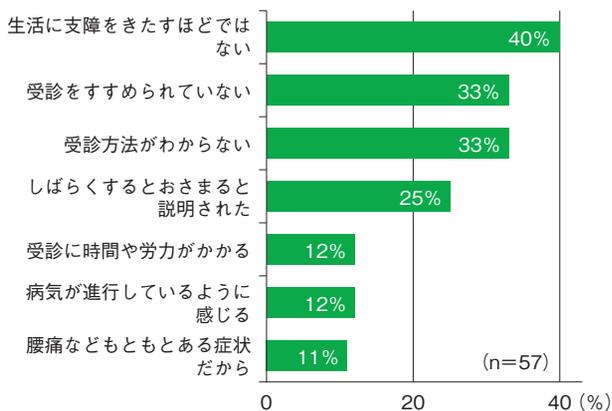
\*遺族調査においても同様のデータを取得しているが、確定していないため記載していない

図13 緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

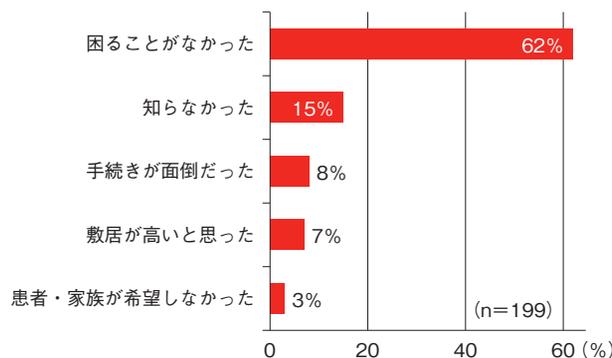
「からだの苦痛が少なく過ごせている」



患者から見た緩和ケアを利用しなかった理由



医師が緩和ケアチームを利用しなかった理由



\*遺族調査においても同様のデータを取得しているが、確定していないため記載していない

図 14 専門緩和ケアサービスを利用しない理由

望していた場合には自宅で過ごせなかった理由を質問している (図 15)。医師・看護師では、「患者・家族が在宅を希望しなかった」「介護する人がいなかった」「病状が予測より早く進んだ」が多かった。

## 5) アウトカムのまとめ

粗解析の結果から、今回実施された地域緩和ケアプロジェクトは、制度や体制の組織的な変更を伴わなかった (参加者の自発的な協力でゆだねられた) にもかかわらず、地域全体のがんに関わる医療福祉従事者の比較的多数が参加し、地域に意味のある変化をもたらしたと考えられる。OPTIM プロジェクトで把握されている状態をまとめると図 16 のようになる (データのすべてが本報告書に示されているわけではない。遺族調査の結果は数値が含まれていないものがある)。

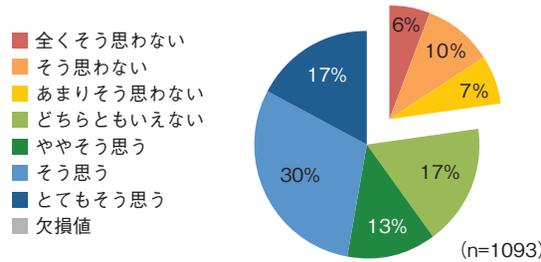
すなわち、地域に対して、緩和ケアの技術・知識の向上、がん患者・家族への情報提供、地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、緩和ケア専門家による診療・ケアの提供からなる包括的な地域緩和ケアプログラムを実施したところ、約半数の地域の医療福祉従事者が参加した。

医師・看護師に生じた前後での測定可能な変化は、知

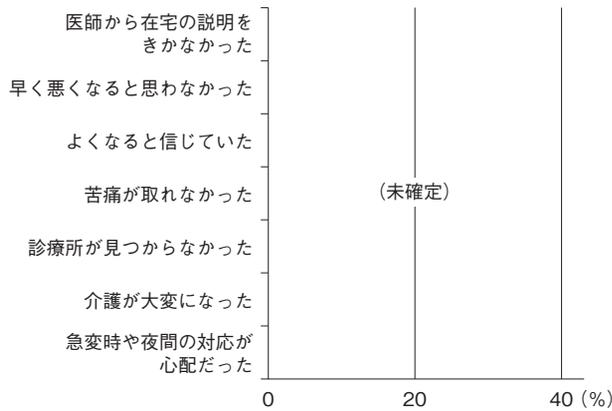
識の改善、困難感の改善であった。加えて、介入後調査で設定した質問から、「緩和ケアの知識と技術が増えた」「緩和ケアのサポートが増えた」「コミュニケーションや連携がよくなった」「在宅の視点が増えた」ことが挙げられた。インタビュー調査では、「名前と顔が分かるから、安心して連絡できる」「相手の人となり分かるから、自分の対応を変えるようになる」「役割を果たすキーパーソンや窓口が分かる」「集まる機会があると、ついでに情報交換できる」「同じことをくり返すと効率よくなる」「これまでやりとりがなかった人とやりとりすることで、相談先が増えたり選択の幅が増える」「地域の正しい情報が得られる」「責任をもって対応するようになる」「他職種、他施設、他地域の人と関わることで自分に役立つ新しい視点を得る」「信頼感・親近感が高まる」「自分の情報はひとりではなく、チームで共有する価値があると思う」「生の声、本音やその場でないと分からないことが言える」ことを通じて、「連携の価値を実感する」体験がされた。要約すれば、ネットワークの価値を体験し、緩和ケアに関する知識を得ることで、困難感、特に、連携に関する困難感、専門家から支援を受けることによる困難感、職種間のコミュニケーションの困難感が改善したと考えられる。

緩和ケア利用数では、介入地域全体として専門緩和ケア

「望んだ場所で最期を迎えられた」



遺族から見た自宅へ帰れなかった理由



\*遺族のデータについては確定していないため記載していない

医師・看護師から見た自宅へ帰れなかった理由

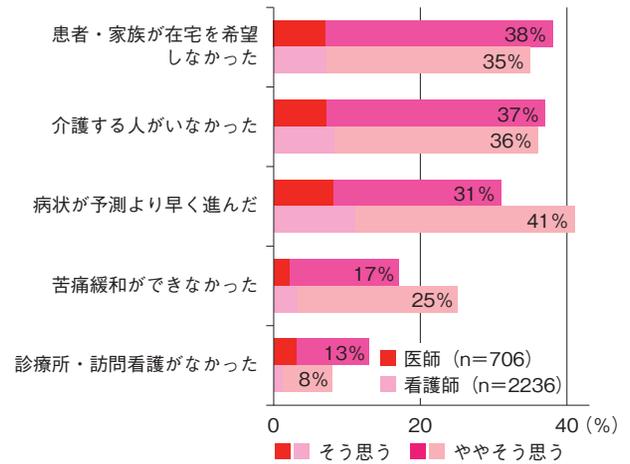


図 15 自宅死亡が達成できなかった理由

サービスの利用が増加した。緩和ケア利用数には地域間差がみられ、地域に存在するリソースの数が規定したと考えられた。苦痛のある患者が専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由は、「生活に支障がない」が最も多かったが、「受診をすすめられていない」「受診方法が分からない」との回答も少なくなく、医師では「困ることがなかった」「知らなかった」が最も多かった。これは、患者の苦痛を医師が認識するきっかけが少ないことと、研究期間が短期間であったため専門緩和ケアサービスがあることの認識が十分には行き届かなかったことが挙げられる。しかし、専門緩和ケアサービスを必要とする苦痛の強い患者は本研究では外来通院患者の10%程度であったため、より症状が強いと考えられる終末期がん患者を対象とした遺族調査の結果と合わせて解釈する予定である。

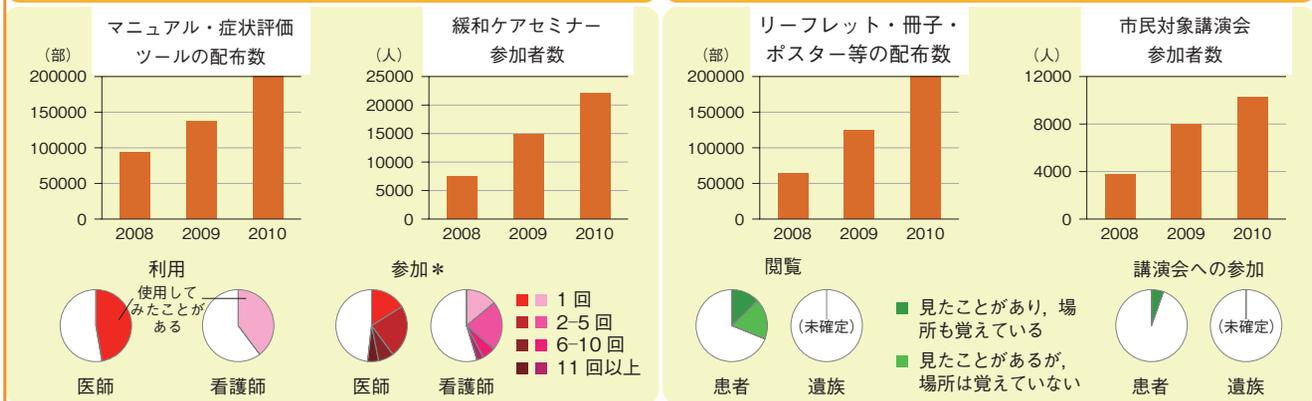
患者アウトカムとしては、介入地域全体として自宅死亡率が上昇した。自宅死亡率の増加は全国平均の増加率に比較して意味のある幅で大きかったが、自宅死亡率の増加には地域間差が見られた。地域に存在するリソースの数が規定したと考えられた。自宅で死亡した患者の遺族では「望む場所で過ごせた」とした患者が非常に多く、介護負担の増加もなかったことから、本研究で観察された自宅死亡の増

加は患者・家族の希望におおむね沿ったものであることが確認された。患者が望む場所で過ごせなかった原因については、医師・看護師調査では、「苦痛緩和ができなかった」ことよりも、「介護する人がいなかった」「予想よりも早く病状が進んだ」という介護力と生命予後の予測が挙げられた。この原因は遺族調査でも同様の質問を行っているため、照らし合わせた解釈が可能である。

緩和ケアの質評価と quality of life については、外来通院患者では変化は小さかったが、終末期がん患者では外来通院患者より大きい有意な変化を認めた。比較対照群がないため全国的な傾向なのか、介入の効果なのかを判断することはできないが、特に終末期患者において緩和ケアの質がある程度改善したと考えられる。緩和ケアの質評価に改善が必要であるとした患者の理由は「対処しているが苦痛が取りきれない」「診察に十分な時間がない」であり、医師・看護師も「十分な診察/ケアの時間が取れなかった」「対応したが苦痛をやわらげられなかった」と回答した。したがって、今以上の改善には、幅広い教育・ネットワークを目的とした介入では限界があり、難治性の苦痛に対する新しい苦痛緩和の手段や、時間を要する複雑な問題に対して十分な時間を診察/ケアにあてられる体制が必要なのかもしれない。

## 緩和ケアの技術・知識の向上

## がん患者・家族・住民への情報提供

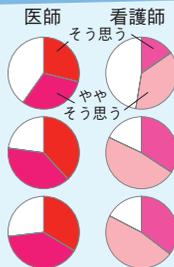


医療者調査 医師 (n=706) 看護師 (n=2236)

知識・サポート・連携がよくなり、困難感が減った

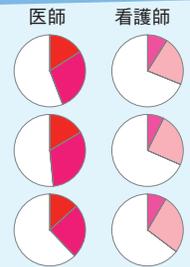
### ①緩和ケアの知識と技術が増えた

- 緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた
- 患者の希望を聞き価値観を大切にできるようになった
- 家族の希望や気持ちもきくようになった



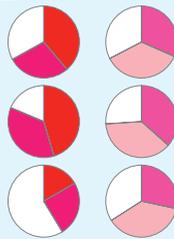
### ③コミュニケーションと連携がよくなった

- 顔が見える関係となり、連携がとりやすくなってきた
- 地域のリソースが分かり患者に説明できるようになった
- 多職種・多施設で集まる機会が増えてきた



### ②緩和ケアのサポートが増えた

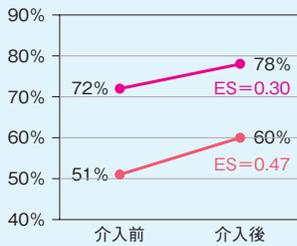
- 緩和ケアについて、相談できる人が増えてきた
- 緩和ケアチーム・退院支援部署に、早めに相談するようになった (病院医師・看護師)
- 緩和ケアの知識やサポートが増え、がん患者も受け入れやすくなった (診療所・訪問看護)



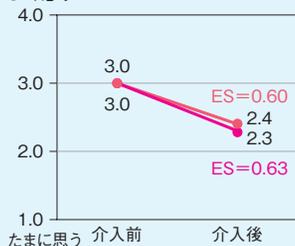
### 連携の価値を実感する

- 名前と顔が分かるから、安心して連絡できる
- 相手の人となり分かるから、自分の対応を変えるようになる
- 役割を果たすキーパーソンや窓口が分かる
- 集まる機会があると、ついでに情報交換できる
- 同じことをくり返すと効率よくなる
- これまでやりとりがなかった人とやりとりすることで、相談先が増えたり選択の幅が増える。地域の正しい情報が得られる
- 責任をもって対応するようになる
- 他職種、他施設、他地域の人とかかわることで自分に役立つ新しい視点を得る
- 信頼感・親近感が高まる
- 自分の情報はひとりではなく、チームで共有する価値があると思う
- 生の声、本音やその場でないと分からないことがいえる

〈緩和ケアの知識〉



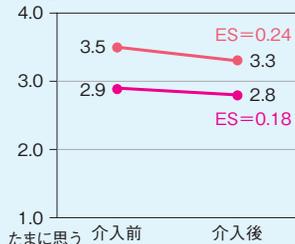
〈連携の困難感〉



〈専門家の支援を得る困難感〉



〈症状緩和の困難感〉



### ④在宅の視点が増えた

- 自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようになってきた
- 希望すれば最期まで、在宅で過ごせると思うようになった
- 退院後も実施できる服薬/ケアの方法にするようになった (病院医師・看護師)

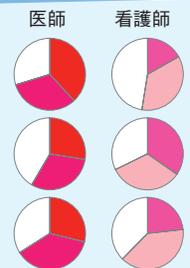
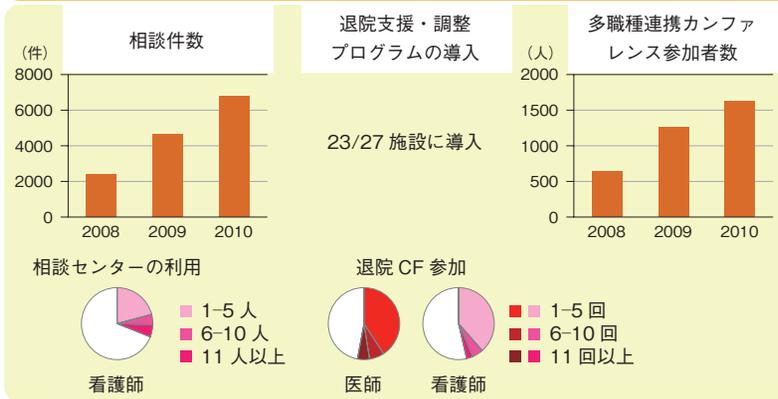
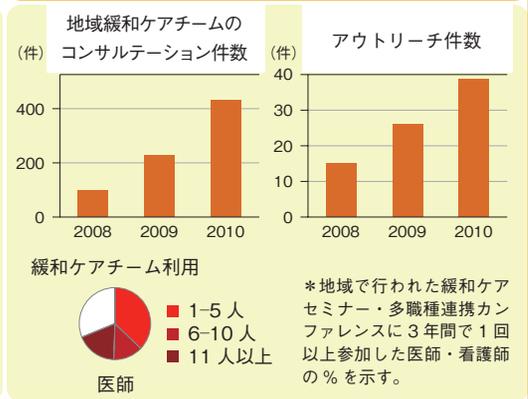


図 16 OPTIM プロジェクトで観察された現象のまとめ

## 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

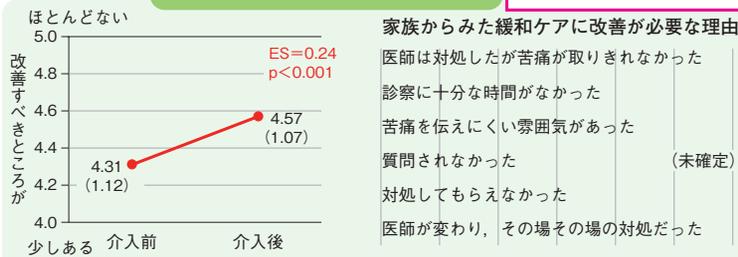


## 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

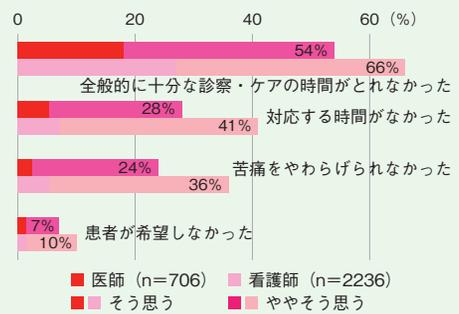


### 終末期患者の遺族 (n=2203)

### 緩和ケアの質評価が改善した

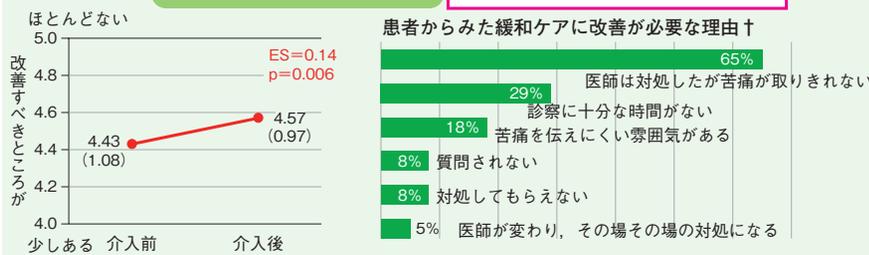


### 医師・看護師からみた不十分な緩和ケアの理由



### 外来通院患者 (n=1716)

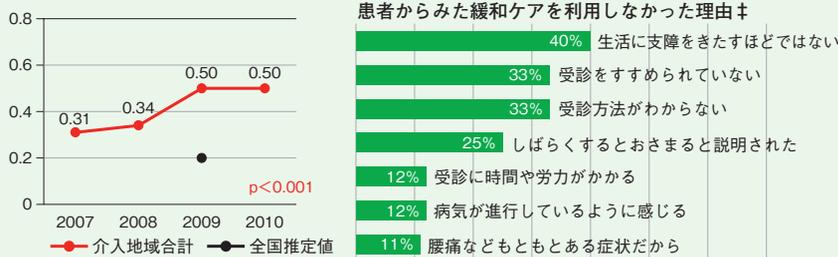
### 緩和ケアの質評価はやや改善した



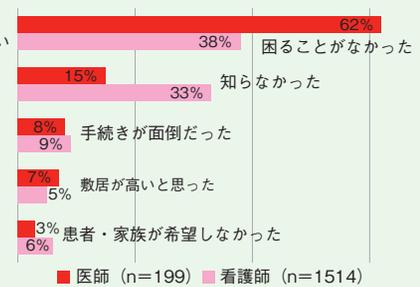
† 改善が必要であるとした患者 132名 (15%) 中、62名から回答  
‡ 「苦痛が少ない」に「そう思わない」とした患者 111名中、20名が緩和ケアを利用、57名が利用せず。うち55名から回答

### 専門緩和ケアサービスの利用率

### 緩和ケアの利用者が増えた

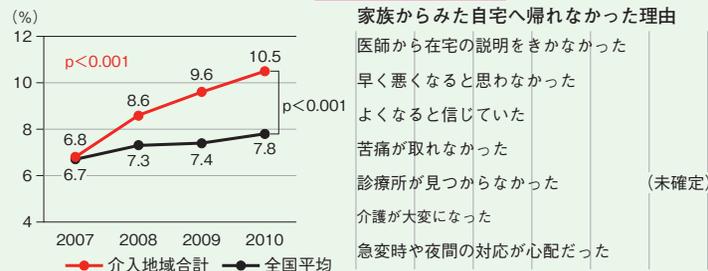


### 医師・看護師が緩和ケアチームや相談支援センターを利用しなかった理由

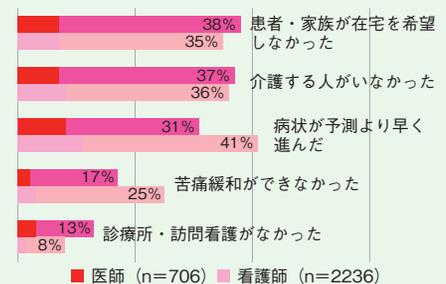


### 死亡場所

### 自宅死亡が増えた



### 医師・看護師からみた自宅で過ごせなかった理由



この理由についても、遺族調査でも同様の質問を行っているため、あわせて解釈を行う予定である。

以上より、制度や体制の組織的な変更を伴わない包括的な地域緩和ケアプログラムによって生じる最も大きい変化は、地域ネットワークの構築であり、医療福祉従事者の知識を改善して困難感を軽減するのみならず、患者が希望する場所、多くは自宅での生活を可能にし、かつ、患者・遺族の緩和ケアの質評価や quality of life も間接的に改善しうることが示唆された。

## 6) アウトカムの暫定的な解釈

この変化をもたらした主たる介入のひとつは、多職種連携カンファレンスをきっかけとして各介入地域でさまざまなレベルで行われたカンファレンスなどのコミュニケーション機会、地域共通のマニュアルのもとに緩和ケア専門家を中心に実施された緩和ケアセミナー、緩和ケア専門家からのサポート、退院支援・調整プログラムの導入であると解釈される(図17)。

これらの介入によって、まず、医療福祉従事者の少なくとも一部に次のような変化をもたらされた。マニュアルとセミナーでの教育機会に加えて、緩和ケア専門家からの実践のサポ

ートがあることによって、すなわち、机上の学習が実践で行かせる場があることによって、緩和ケアの知識と技術が増えた。緩和ケア専門家の存在に加えて、地域でのネットワークができることによって、実際に利用できる緩和ケアについてのサポートが増えた。そして、多職種連携カンファレンスをきっかけとした多様なコミュニケーション機会によって、連携の価値を実感することでネットワークが強まり、コミュニケーションと連携が改善した。退院支援・調整プログラムによって、特に病院の医師・看護師の在宅の視点が増えた。これらの変化は医師・看護師の困難感の改善として観察された。

さらに、医療福祉従事者の変化は、「地域にあったリソースを最大に利用する」という現象を通じて、自宅死亡率の増加、緩和ケア利用数の増加をもたらした。患者・遺族の評価した緩和ケアの質や quality of life についても、変化の大きさは必ずしも大きくはないが、少なくとも改善する傾向に寄与したと考えられる。

上記の解釈については、並行して行われているプロセス研究によってさらに掘り下げ、OPTIM レポート 2012 でより精密な解釈を行う予定である。

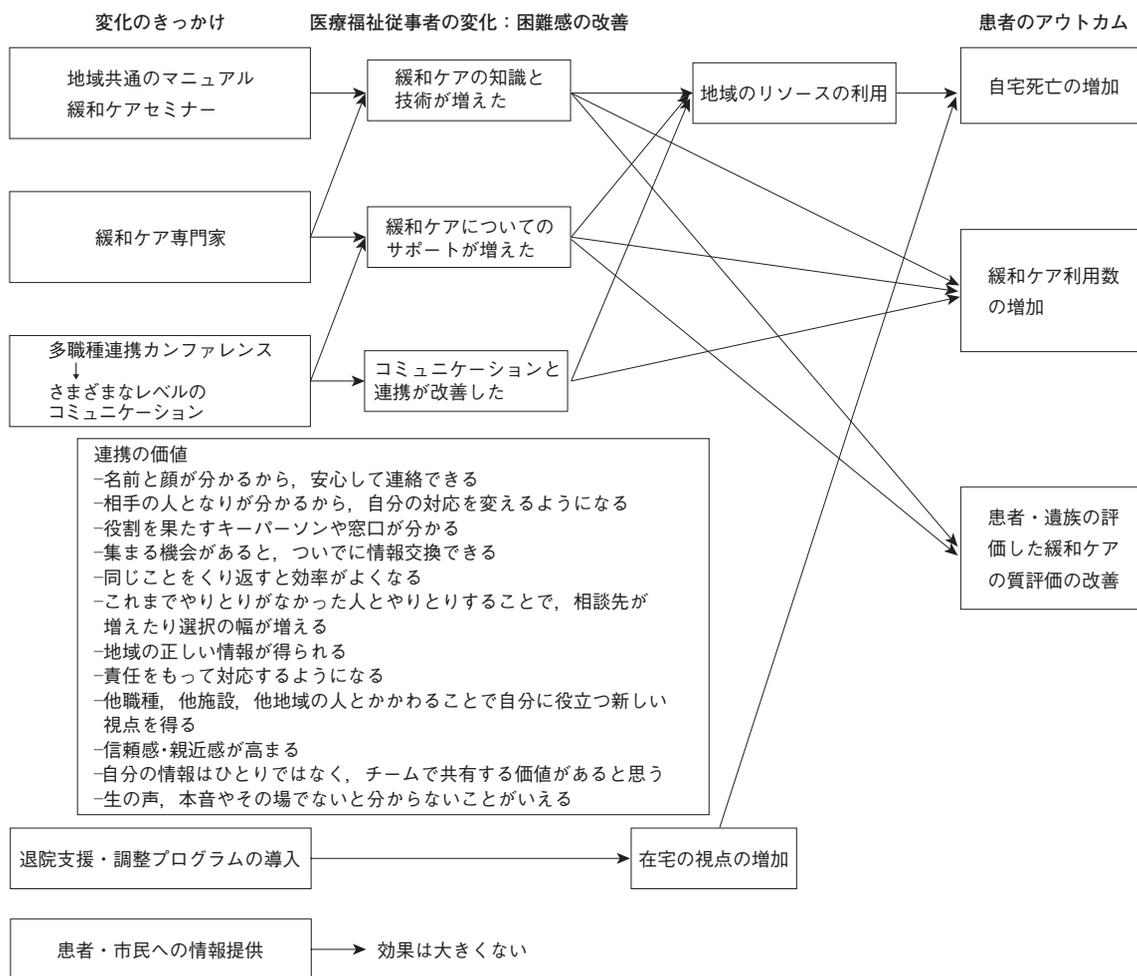


図17 地域に生じた変化のプロセス



# 地域での実践のまとめ

森田 達也\*1・山岸 暁美\*2

\*1 聖隷三方原病院緩和支援治療科 \*2 前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

OPTIM プロジェクトの介入地域は、「緩和ケアの提供体制が未整備な地域」として鶴岡地域、「緩和ケア提供体制がある程度整備されている地域」として、がん専門病院が存在する柏地域、ホスピス病棟や緩和ケアチームが総合病院に存在する浜松地域、診療所が在宅医療ネットワークを構築している長崎地域の4地域で行われた。これらの地域ごとの背景をふまえたうえで、共通して観察された現象を理解することは、全国の各地域で有用な方法を見つける場合の参考になると思われる。

本章では、4地域で実施された介入において、地域の背景の違いを理解したうえで、共通して生じた観察されることについての考察を行う。

## 1) 地域プロジェクトの進捗過程 (図18)

各地域で、プロジェクトはどのように進捗したのであるか。各地域の記述から俯瞰すると、「似た経過」をたどっていることが分かる。

本プロジェクトは任意参加の研究であるため、地域のすべての関係施設からなる組織を初めから設置できるとは限らなかった。多くの地域では、「とりあえず可能な」組織がつけられた。そして、1年目は、介入のうち「できること・得意なこと」を中心として行われた。たとえば、鶴岡地域では、地域の中核病院で緩和ケアに関するセミナーを定期的で開催しながら、地域全体への具体的な介入方法を検討するためのコアメンバーでの共有が行われた。柏地域では、それまで行われていた医療従事者間の連携である事例検討の会をさらに多くの施設、特に福祉職に広げた。浜松地域では、比較的豊富に存在する緩和ケアの専門家を活用するプログラムから手がつけられ、講義とグループワークを含めた構造化した緩和ケアセミナーや、緩和ケアチームが在宅診療所に訪問するアウトリーチが行われた。長崎地域では、すでに存在していた診療所の在宅医療ネットワークを中心として、在宅スタッフががん診療連携拠点病院に出向き、緩和ケアチームや地域医療連携室と合同のカンファレンスに参加した。

いずれの地域においても、「大きな転機」となったのは、ある程度得意なことを1年間続け関係が深まったあとに行われた、「年間計画と具体的なワーキンググループをつくる」作業であった。鶴岡地域では、地域の主なメンバーが1泊2日で近隣に宿泊する「合宿」を行って2年目の行動計画を策定した。各地域で設定した枠組みやワーキンググループは異なるが、年度末に主なメンバーで集まって来年度の行動計画を具体的な形でカレンダーに落とし込む、という作業を行うことで、地域全体での活動を計画、立案することが分かりやすくなった。いずれの地域でも2008年度末に地域での企画を具体的に検討する会が持てるようになったことで、結果的に、「地域での実践」(p.21)にみられる多様な取り組みが設定された。

介入最終年度には、「継続する枠組みを考える」ために、新しく行政から予算を獲得したり、既存のメンバーで役割分担をしたりして、同じ活動が維持できるようにするようになった。

以上のプロジェクトの進捗過程は4地域で比較的類似しており、各地域で地域緩和ケアプログラムを行う場合の参考になるのではないかと考えられる。すなわち、プロジェクトの初期は、各地域の「手のつけやすいこと」を進めていくが、そのなかで関係ができて課題が明確になれば、「年度末に来年度の行動計画を多職種・多水準で立案する」ことができると考えられる。多職種・多水準が大きなポイントである。医療職や福祉職など職種にかかわらず（地域によっては市民、患者なども加わって）多職種で行うことと、たとえば理事や施設長のみ、逆に現場の人のみではなく、団体の要職にある人と現場の人との両方が参加することが、実効性のある計画を立てるうえで重要である。その際、がん緩和ケアに関しては、OPTIM プロジェクトの4つの柱「緩和ケアの技術・知識の向上」「がん患者・家族への情報提供」「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」が、多くの地域でも有用

な概念的枠組みになるだろう。

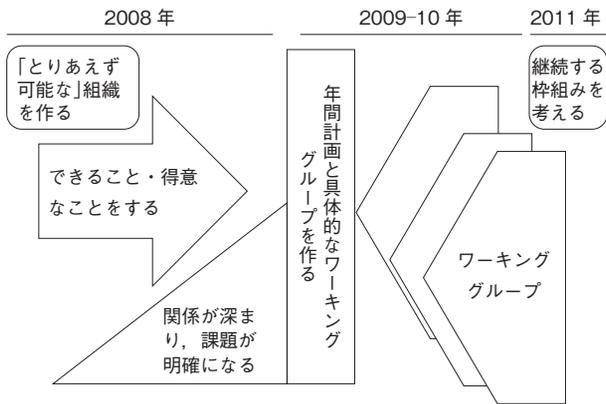


図 18 地域プロジェクトの進捗過程

## 2) 地域ネットワークの構築過程

本研究では、介入研究として必須の介入が規定されていたが、内容は地域の实情にあるようにアレンジして行われた。特に、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」は、介入プロトコルとして規定されたものは、相談窓口の設置、退院支援プログラムの導入、多職種連携カンファレンスの開催であり、それ以外の「どのような連携方法をとったらいいか」は地域に委ねられた。地域に応じて詳細な違いはあるものの、大きくは共通したネットワークの構築過程をみることができる(図 19)。

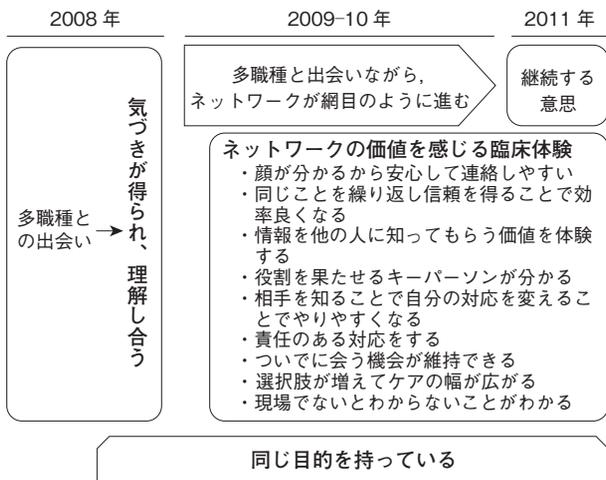


図 19 当事者から見た地域ネットワークの構築過程

各地域の記述にあるように、各地域とも「多職種が顔を合わせる機会」は地域全体としてはほとんどなかった。地域ごとに職種ごと、あるいは、限定された範囲での連携が模索されていたが、地域全体でがん緩和にかかわる多職種が集まる機会はほとんどなかった。地域の中核病院と地域の医療福祉機関、がん専門病院と地域の医療福祉機関、医療職と福祉職、病棟看護師と訪問看護師・介護支援専門

員、病院医師と診療所医師、保険薬局薬剤師と訪問看護師など、ありとあらゆる関係において、誰がどのように患者にかかわっているのか、地域にどのような人がいて何の役割をしているのか、全体像がわからない状態であった。OPTIM プロジェクトが設置した多職種連携カンファレンスは、少人数でのグループワークを繰り返すことによって、講演会やかしまった会議では話しにくいことを話すきっかけとなった。「多職種との出会い」が生じ、地域で起きている課題を始めて共有する「気づきが得られ理解し合う」機会になった。これが地域ネットワーク構築の出発点であり、OPTIM プロジェクトの介入のうち最もインパクトがあったと評価された介入であった。

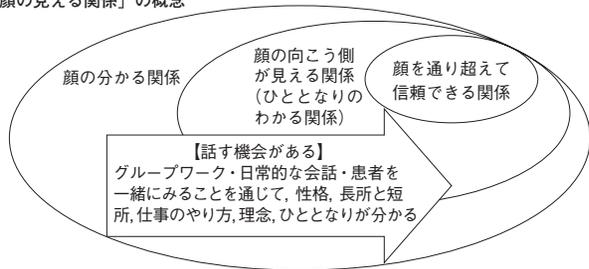
その後の具体的な展開は、各地域によって多様であった。「地域での実践」(p.21)にみられるように、同職種間(診療所医師同士、病院医師と診療所医師、病院薬剤師と保険薬局薬剤師、緩和ケアチーム同士、退院支援看護師同士など)、多職種間の地域に応じたネットワークがさまざまなレベルで構築された。しばしばこれらのネットワークは「網目のように」と表現されたように、何かこれというしっかりしたものがあるわけではないが、地域全体に幾層にもわたるネットワークが構築された。そのいくつかは機能し、いくつかは十分には機能しなかったが、十分には機能しない場合であってもネットワークに参加している参加者からは、「ネットワークの価値を感じる臨床体験」が聞かれた。すなわち、顔が分かるから安心して連絡しやすい、同じことを繰り返して信頼を得ることで効率よくなる、役割を果たせるキーパーソンが分かる、相手を知ることで自分の対応を変えることでやりやすくなる、責任のある対応をする、ついでに会う機会が維持できる、選択肢が増えてケアの幅が広がる、現場でないとわからないことがわかる

以上の4地域で共通して見られた現象は、特に、「顔の見える関係とは何か」「連携がよくなるということはどういうことか」という、近年しばしば議論される課題と密接に関係している。おそらく、「地域連携をスムーズにするために」は、どのような制度のもとであったとしても、人と人とのネットワークがいかに形成され、どのように機能するのかについての洞察を深めることが重要であることが強く示唆される。

OPTIM プロジェクトの一部として行われた研究では、「顔の見える関係」を3つに概念化している<sup>1</sup>(図 20)。最初は、「誰が誰だか分からない」状態であるので、「顔が分かる」ことで顔の見える関係であると思われるが、連携が進むにつれて、連携に必要なのは「ひととりの分かる関係」であることが分かる。できれば、「信頼できる関係」になりたいが、連携を取るためには全員が信頼できるようにならなくても、「ひ

ととなりが分かる関係」であればまずはいい。このひととなり  
 が分かる関係のことを「顔の向こう側が見える関係（ひと  
 となりの分かる関係）」と呼んだ。ひととなりが分かることで、ネ  
 ットワークの価値を感じる体験をする。たとえば、起きている  
 「問題」は同じでも、相手のひととなりが分かることで「相手  
 に応じて自分の対応を変える」ことで連携しやすくなるし、全  
 くわからない人に連絡するよりも「顔が分かるから安心して  
 連絡しやすい」。自分が困った時に助けになってくれるのは  
 誰なのか、「役割を果たせるキーパーソンが分かる」し、同  
 じ相手と何度か組むことで一から十まで言わなくても通じるよ  
 うになるため、「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が  
 よくなる」。これらによって連携がしやすくなるというメカニズ  
 ムがあることが示唆された。

「顔の見える関係」の概念



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい  
 役割を果たせるキーパーソンが分かる  
 相手に応じて自分の対応を変えるようになる  
 同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が  
 よくなる  
 親近感がわく  
 責任のある対応をする

→ 連携しやすくなる

図 20 顔の見える関係と連携の関係

このようなひととなりが分かるためには、グループワーク・日

常的な会話・患者と一緒にみることを通じて、性格、長所と  
 短所、仕事のやり方、理念、ひととなりが分かることが必要で  
 ある。「連携をスムーズに進めるための介入」として、今回  
 OPTIM プロジェクトで設置したよう、小グループで話しやす  
 い仕掛けとしての多職種連携カンファレンスが有用であること  
 が示唆された。

### 3) まとめ

多くの地域にとって、地域プロジェクトの進捗過程という点  
 では、「できること・得意なことから手をつけて、関係が深まっ  
 てきたところで、年間計画と具体的なワーキンググループを立  
 てること」がおそらく共通の枠組みであろう。また、地域ネッ  
 トワークの構築過程という点では、「多職種の出会いをもたら  
 す少人数でのグループワークを設定しながら、ネットワークの  
 価値を感じる臨床体験を蓄積していくことによる網目のような  
 連携」がどのような医療体制においても共通する枠組みで  
 はないかと思われる。

上記の解釈は、本報告書を作成時点で分析、投稿を行っ  
 ている複数の質的研究から示唆されるものであるが、さらに  
 全体のプロセス研究によって掘り下げて OPTIM レポート  
 2012 でより精密な解釈を行うとともに、プロジェクトによって収  
 集・整理された地域緩和ケアの課題と解決策の系統的整理  
 を通じて制度上の問題と解決策の提案も行う。

#### 文献

1. 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける  
 「顔の見える関係」とは何か? Palliat Care Res 2012; 7:  
 323-33.



## 第II章 地域での実践

森田 達也\*<sup>1</sup>・山岸 暁美\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> 聖隷三方原病院緩和支援治療科 \*<sup>2</sup> 前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

本章では、OPTIM プロジェクトが実施された4地域で実際に行われたことを記述した。記述は、地域からの報告、研究班で実施したモニタリングの記録をもとに、メディカルエディター（岡晶子）がインタビューを行って草稿を作成し、各地域の責任者と実施担当者、研究班プロジェクトマネージャー（山岸暁美）、研究班リーダー補佐（森田達也）が修正、追記、確認した。

項目立ては、各地域とも最初に年間活動計画が示されており、各地域で何がどのように行われたのかの概要が把握できるようにしている。まず、年間活動計画をご覧いただきたい。その後、4つの介入の柱に沿って行われたことが記載され、最後に資料が掲載されている。

記述では、1)「うまくいった」ことだけでなく「うまくいかなかったこと」も事実として書くこと、2)「実際に行われたこと」とあわせて、「実践していくうえで生じたロジスティクスの課題と対応」を「プログラムの進め方」として記載すること、3) プログラムを実施するうえで作成されたマニュアルや議事録など「一般的に報告書や研究論文では明らかにされないもの」を資料として提示すること、4) 研究論文にはなりにくい実践上の「生の声や経緯」が分かることを心がけた。記述の目的は、全国で現在行われ、行われようとしている地

域緩和ケアプログラムを実施する立場にいる人たちの実践上の参考になることである。個々の介入の効果は全体・個別の研究成果との関係を見て判断する必要があるが、同じような試みをしようとした場合にそれぞれの地域に合わせて工夫し、よりよい取り組みを行う参考になることを願っている。

本稿の作成にあたって原稿の確認をしてくださった以下の方に感謝します（敬称略）。

**鶴岡地域**：鈴木聡（鶴岡市立荘内病院）、中目千之（中目内科胃腸科医院）、相庭伸（鶴岡市立荘内病院）、秋山美紀（慶應義塾大学）

**柏地域**：木下寛也（国立がん研究センター東病院）、原田久美子（国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部がん患者・家族総合支援センター）

**浜松地域**：井村千鶴（聖隷三方原病院）、野末よし子（聖隷三方原病院）、赤澤輝和（健康科学大学）、伊藤富士江（医療法人弘遠会すずかけセントラル病院）

**長崎地域**：白髭豊（白髭内科医院）、吉原律子（日本赤十字広島看護大学大学院看護学研究科 地域看護学専攻）、平山美香（長崎市包括ケアまちなかラウンジ）

## II. 地域での実践 <鶴岡地域>



### 鶴岡地域の概要

#### 1) プロジェクトの活動の概要

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地

域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、という4本柱からなる活動が行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、マニュアルなど各

表1 年間活動計画 (2008年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「緩和ケア・スキルアップ研修会」)	4/18 (金) 18:30~19:30 「痛み以外の身体症状のマネジメント」	5/14 (水) 18:30~19:30 「がん終末期患者の精神的苦痛の緩和」 「訪問看護の役割と現状」	6/24 (火) 18:30~19:30 「緩和ケアにおける尿路管理について」 「腎臓の管理について」 「緩和医療における形成外科の役割」	7/29 (火) 18:30~19:30 「終末期の輸液と鎮静 — ガイドラインを読み解く」 寸劇：荘内病院から我が家に帰ろう	8/18 (月) 18:30~20:00 「がん緩和ケアにおける認定看護師の役割」 「在宅主治医としての緩和ケアへの関わり」
	中核病院内での勉強会 (「緩和ケア学習会」)					
	出張緩和ケア研修					
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス					
	地域多職種ミーティング			6/28 (土) 13:00~14:10		
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座			(市民公開講座) 6/14 (土) 13:30~16:00 「ふりかえれば未来—ホスピス・緩和ケアの歴史を読む、明日を読む」 東札幌病院理事長 石谷邦彦氏		
	寸劇を利用した自治体単位での出張講演会			6/20 (金) 藤島地区 14:45~15:15 6/24 (火) 鶴岡地区 14:40~15:15		
システムの構築	運営委員会		5/14 (水) 全体会議	6/24 (火) 全体会議	7/29 (火) 全体会議	8/18 (月) 全体会議

種マテリアルの配布と、多職種の医療従事者を対象とした緩和ケアセミナー（緩和ケア・スキルアップ研修会）が行われた。マテリアルの中で特に頻繁に使用されたのは、「これからの過ごし方について」と「医療用麻薬を初めて利用するとき」であった。緩和ケアセミナーでは、地域の中核病院内でのセミナー、がん治療にかかわる医師が集まる機会を利用したミニ講義、施設へ出向いての出張緩和ケア研修が行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の病院や図書館への設置に加え、地域自作の寸劇を用いた自治体単位での出張講演会が行われた。2009年度からは、患者・家族会である「ほっと広場」が開催さ

れた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、地域の緩和ケアに関する相談窓口が病院内に設置され、地域の多職種の連携の促進を目的としたカンファレンスが行われた。カンファレンスで抽出された課題をふまえ、2008年度末に翌年以降の中長期的な行動計画が「合宿」で策定され、テーマや職種ごとのワーキンググループが複数設置されていった。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる出張コンサルテーションが行われ、2010年度には地域緩和ケアチームが主催してデスクカンファレンスも開催された。

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
9/29 (月) 18:30～19:30 「モデル地域の緩和ケアプロジェクト進捗状況」 「がん終末期患者の栄養管理について」	10/28 (火) 18:30～19:30 「がん緩和ケア—事例から学ぶ看護師の役割」			1/28 (水) 18:30～19:30 「がんとソーシャルワーカー研修で得たもの」 「看取りの現状—病棟及び在宅からの報告」		
		11/26 (水) 17:30～18:30 「入院棟の退院支援・調整とプログラムについて」 「荘内病院 PCT の活動について」	12/19 (水) 17:30～18:30 「がん患者への退院調整とその後の経過（事例報告）」 ディスカッション	1/28 (水) 17:30～18:30 「看護技術の中のマッサージ法」	2/25 (水) 17:30～18:30 「緩和ケアについて考えよう！」	3/19 (水) 17:30～18:30 「スピリチュアルペイン」
	10/18 (土) 10:00～12:00 「在宅での終末期を援助するためにコミュニケーションの実際を中心に—終末期がん患者への接し方」 10/21 (火) 18:15～19:15 「告知後の患者・家族とのコミュニケーションについて」			1/21 (水) 16:30～18:00 「生活の場（特別養護老人ホーム）での看取り」	2/12 (土) 18:00～ 「せん妄のケア」	3/6 (金) 18:30～20:00 「看取りとは—身体的・精神的緩和ケアの方法と接し方を学ぶ」
		11/26 (水) 18:30～19:30 「緩和ケアの地域連携の問題点を探る」	12/19 (金) 18:30～19:30 「緩和ケアの地域連携の問題点を探る (2)」 問題の解決策を探る			
9/13 (土) 13:00～14:30		11/29 (土) 13:00～15:00				
適宜						
		(市民公開講座) 11/15 (土) 14:00～17:00 「よく生きる—緩和医療の原点」 俳優 石坂 浩二氏 ・緩和ケアクイズ ・パネルディスカッション				
9/5 (金) 第2学区 13:35～14:35	10/8 (水) 大山地区 13:30～14:30				2/25 (水) 朝日地域 13:15～14:00	
9/29 (月) 全体会議	10/28 (火) 全体会議	11/26 (水) 全体会議		1/17 (土), 1/18 (日) 来年度のアクションプラン検討会 1/28 (水) 全体会議	2/25 (水) 全体会議	

表2 年間活動計画 (2009年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの 技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「緩和 ケア・スキルアップ研修 会」)	4/15 (水) 18:30~ 20:00 「痛みについて一ステ ップ緩和ケアに準じた 内容」 「薬剤についてワンポ イントアドバイス」 グループワーク	5/20 (水) 18:30~ 20:00 「鎮痛剤に関するトピ ックス」 「忘れられない患者さ ん・家族とのコミュニ ケーション」 グループワーク	6/17 (水) 18:30~ 20:00 「終末期患者の輸液管 理と持続皮下注射・大 量皮下注射について」	7/15 (水) 18:30~20:00 「制吐剤に関する薬剤トピックス」 「嘔気・嘔吐の評価と治療につ いて」	8/19 (水) 18:30~ 20:00 「終末期の家族ケア 家 族への説明・サポートに ついて」
	中核病院内での勉強会 (「緩和ケア学習会」)		5/27 (水) 17:30~ 18:30 「痛みについて」 「薬剤について一ワン ポイントアドバイス」	6/22 (月) 17:30~ 18:30 〈外来学習会〉 「庄内プロジェクトの 取り組みとわたしのカ ルテについて」	7/7 (火) 17:30~18:30 〈8階入院棟学習会〉 「疼痛評価 (STAS-J) につい て一消化器症状を中心とした評価方 法」 7/17 (金) 17:30~18:30 〈退院支援・調整講義〉 「退院支援・調整, 在宅の視点の ある病棟看護」	8/28 (金) 17:30~ 18:30 「鎮静一明日からのケア のために」
	医師向け研修会 (「地域が ん症例検討会を利用したミ ニレクチャー」)				7/21 (火) 19:00~20:30	
	出張緩和ケア研修					
地域緩和ケアのコーデ ィネーション・連携の 促進	多職種連携カンファレンス					
	地域緩和ケア症例検討会	4/30 (木) 19:00~ 20:30	5/26 (火) 19:00~ 20:30	6/23 (火) 19:00~ 20:30	7/27 (月) 19:00~ 20:30	8/27 (木) 19:00~ 20:30
	医師のネットワーク (「南 庄内在宅医療を考える会」)					
	看護師のネットワーク (「地域看護連携検討会」*)					8/18 (火) 18:30~ 20:00 退院指導と看護サマリー の課題について検討
	薬剤師のネットワーク (「つるやくネットワーク」)				7/17 (金) 19:00~20:30 第1回連携学習会 「訪問薬剤管理指導の現状とP-ネ ットの活動」	
緩和ケア専門家による 診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム					適宜
がん患者・家族・住民 への情報提供	市民公開講座					
	寸劇を利用した自治体単位 での出張講演会			6/16 (火) 19:00~ 20:30 京田地区	7/17 (金) 13:30~14:30 藤島地区 7/18 (土) 9:30~11:00 上郷健康福祉まつり	
	患者・家族会「ほっと広場」			6/13 (土) 13:00~ 15:00	7/18 (土) 13:30~15:30	8/22 (土) 13:00~ 15:00
システムの構築	運営委員会	4/15 (水) 20:00~21:00 コ アメンバー会議	5/20 (水) 20:00~21:00 全 体会議	6/17 (水) 20:00~21:00 コ アメンバー会議	7/15 (水) 20:00~21:00 全体会議	8/19 (水) 20:00~21:00 コア メンバー会議

\* 2010年度より「医療と介護の連携研修会」へ移行

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
9/16 (水) 18:30~20:00 「呼吸困難の治療とケアについて」	10/21 (水) 18:30~ 20:00 「当院における進行期がん患者の在宅療養移行の現状と院内緩和ケアチームの役割」 「地域緩和ケア推進のための情報共有ツールの開発と運用」 「鶴岡・三川地区保険薬局における「在宅患者訪問薬剤指導」に関する現状把握と意識調査」 寸劇「あなたが、家族が、がんと診断されたら」	11/18 (水) 18:30~20:00 「緩和ケアサポートセンターの関わりから」 「褥創治療に必要な皮膚の基礎知識」 「褥瘡治療・ケアの実際」	12/16 (水) 18:30~20:00 「介護老人施設の現状」 「緩和ケアにおけるリハビリテーションの関わり」	1/28 (木) 18:30~20:30 「がん患者の心のケア：がん患者の精神症状の評価とマネジメント」 名古屋市立大学病院 明智 龍男氏		
(中止)						
9/15 (火) 19:00~20:30		11/17 (火) 19:00~20:30		1/19 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「モルヒネ持続皮下注の実際」	2/16 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「緩和ケア医の独り言」	3/16 (火) 19:00~ 20:30 緩和ケアミニレクチャー「介入前調査にみる患者・家族の声」
9/25 (金) 18:30~19:30 「在宅薬剤の訪問診療について」	10/16 (金) 18:30~19:30 「緩和ケアのコミュニケーションスキルについて」	11/19 (金) 18:30~19:30 「スピリチュアルペイン・ケア」		1/29 (金) 16:00~17:00 「介護老人保健施設での看取りについて」		
			12/20 (日) 課題抽出のグループワーク	1/20 (水) 18:30~20:00 解決策のグループワーク 「患者の多職種での情報共有について」 「地域でがん患者を診てもらいかかわりを増やすために」 「病院での早期からのがん緩和ケアをすすめるためにはどうしたらよいか」		
9/30 (水) 19:00~20:30	10/26 (月) 19:00~ 20:30	11/24 (火) 19:00~20:30	12/18 (金) 19:00~20:30	1/25 (月) 19:00~20:30	2/17 (水) 19:00~20:30	3/17 (水) 19:00~ 20:30
9/2 (水) 19:00~21:00		11/5 (木) 19:00~21:00				3/6 (土) 18:00~ 19:30 講演「地域が一体となって機能するための地域連携・多職種連携」 あおぞら診療所 川越正平氏
	10/20 (火) 18:30~ 20:00 退院支援と看護サマリーへの記入必須項目と運用について					
			12/15 (火) 19:00~20:30 第2回連携学習会			
		11/7 (土) 13:30~16:00 講演「生きてるだけで金メダル」 落語「いのちの落語 病院日記」 落語家 樋口 強氏 寸劇「あなたが、家族が、がんと診断されたら」				
9/29 (火) 14:00~15:00 第4学区	10/16 (土) 14:00~15:00 温海地区		12/5 (土) 13:30~15:30 櫛引地域			
9/19 (土) 13:00~15:00				1/16 (土) 13:00~15:00	2/20 (土) 13:00~15:00	3/20 (土) 13:00~ 15:00
9/16 (水) 20:00~21:00 全体会議	10/21 (水) 20:00~21:00 コアメンバー会議	11/18 (水) 20:00~21:00 全体会議	12/16 (水) 20:00~21:00 コアメンバー会議	1/20 (水) 20:00~21:00 全体会議	2/26 (水) 20:00~21:00 コアメンバー会議	3/13 (土), 3/14 (日) 来年度のアクションプラン検討会

表3 年間活動計画 (2010年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月	
緩和ケアの 技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「緩和 ケア・スキルアップ研修 会」)		5/19 (水) 18:30～ 19:50 ミニレクチャー「看取 りの研修を受けて」 講義「緩和ケアって何 だろう？」		7/21 (水) 18:30～ 20:00 ミニレクチャー「緩和にお ける調剤薬局の関り」 講義「がんの痛みは正しい治 療で緩和できます」 国立がんセンター中央病院 的場 元弘氏		
	中核病院内での勉強会 (「緩和ケアミニレクチャー」)	4/20 (火) 17:30～18:30	5/18 (火) 17:30～ 18:30	6/15 (火) 17:30～ 18:30	7/20 (火) 17:30～ 18:30	8/17 (火) 17:30～18:30	
	医師向け研修会 (「キャン サーボード鶴岡*を利用し たミニレクチャー」)	4/20 (火) 19:00～20:30 緩和ケアミニレクチャー「リンパマッ サージ」	5/18 (火) 19:00～ 20:30 緩和ケアミニレクチャー「PCTにお ける臨床心理士の役割」	6/15 (火) 19:00～ 20:30 緩和ケアミニレクチャー「がん患者 の在宅療養 終末期がん患者の在 宅療養支援の経験から」	7/20 (火) 19:00～ 20:30 緩和ケアミニレクチャー「訪 問看護の活用」		
	出張緩和ケア研修			6/9 (水) 15:00～ 16:30 「老人ホームでの緩和 ケア」	7/7 (水) 16:30～18:00 「高齢者の緩和ケア」 7/9 (金) 17:30～19:00 「緩和ケアってなんだろう？」 7/13 (火) 18:00～ 19:30 「高齢者の緩和ケア」 7/13 (火) 18:00～ 19:30 「精神的苦痛のケア」	8/10 (火) 18:00～19:30 「緩和ケアで使用する薬剤」	
地域緩和ケアのコー ディネーション・連携の 促進	多職種連携カンファレンス						
	地域緩和ケア症例検討会	4/19 (月) 19:00～20:30	5/17 (月) 19:00～ 20:30	6/21 (月) 19:00～ 20:30	7/22 (木) 19:00～ 20:30	8/20 (金) 19:00～20:30	
	医師のネットワーク (「南 庄内在宅医療を考える会」)		5/10 (月) 19:00～ 20:00 在宅における栄養管理 がん性疼痛管理にお けるアセトアミノフェン		〈病院勤務医と医師会との懇 談会〉 7/7 (水) 19:00～20:00 「開業医-勤務医-市民 真の Win-Win-Winを目指して」 「地域診療所医師の在宅緩和 ケアに関する意識調査」	8/9 (月) 地域における調剤薬局の関わり 高齢者の脱水と水分補給につ いて	
	医療と介護の連携研修会					8/5 (木) 18:30～20:30 ・連携に関するアンケート報告 ・事例報告 ・グループディスカッション	
	薬剤師のネットワーク (「つるやくネットワーク」)	4/16 (金) 19:00～20:30 第3回連携学習会 「まず一歩を踏み出 すために」～「在宅 医療の醍醐味」	5/18 (火) 訪問薬剤師指導 DVD での学習会				
緩和ケア専門家による 療養・ケアの提供	地域緩和ケアチーム					適宜	
	地域緩和ケアチームによる デスクカンファレンス		5/6 (金) 18:30～ 21:00				
がん患者・家族・住民 への情報提供	市民公開講座						
	寸劇を利用した自治体単位 での出張講演会				7/15 (木) 13:30～ 15:30 第3学区		
	患者・家族会「ほっと広場」	4/17 (土) 13:00～15:00	5/22 (土) 13:00～ 15:00	6/12 (土) 13:00～ 15:00	7/17 (土) 13:00～ 15:00	8/21 (土) 13:30～15:30	
システムの構築	運営委員会	4/21 (水) 19:00～21:00 全体会議 21:00～22:00 コアメンバー会議	5/19 (水) 20:00～21:00 コア会議	6/16 (水) 19:00～20:00 全体会議 20:00～21:00 コアメンバー会議	7/21 (水) 20:00～21:00 コアメンバー会議	8/18 (水) 19:00～20:00 全体会議 20:00～21:00 コアメンバー会議	

\*地域がん症例検討会から名称変更

A. 鶴岡地域の概要

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
9/15 (水) 18:30~20:30 「在宅の視点の看護と在宅緩和ケアについて」 グループワーク		11/5 (金) 18:30~20:00 ミニレクチャー「訪問看護ステーションで行う緩和ケア」 講義「楽しく「緩和ケア」していますか？」 新国内科医院 宇野 さつき氏		1/19 (水) 18:30~20:00 ミニレクチャー「緩和ケアにおける訪問リハビリの役割」 講義「がん治療を支える口腔ケアと歯科歯科連携ーがん急性期から終末期」 静岡県立がんセンター 大田 洋二郎氏		
9/21 (火) 17:30~18:30	10/19 (火) 17:30~18:30	11/16 (火) 17:30~18:30	12/21 (火) 17:30~18:30	1/18 (火) 17:30~18:30	2/15 (火) 17:30~18:30	3/15 (火) 17:30~18:30
9/21 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「緩和薬剤のあれこれ」	10/19 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「緩和ケアに必要な漢方薬の知識」	11/16 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「トランプールの使用方法」		1/18 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「緩和ケア分野 認定看護研修を終えて」	2/15 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「終末期患者の輸液治療ガイドラインについて」	3/15 (火) 19:00~20:30 緩和ケアミニレクチャー「庄内プロジェクト3年間の評価」
9/16 (木) 19:00~20:30 「緩和ケアってなんだろう？」 9/27 (月) 18:30~20:00 「緩和ケアってなんだろう？」	10/28 (水) 18:00~19:30 「化学療法について」	11/11 (木) 14:00~15:30 「看取りケアについて」 11/12 (金) 14:00~16:00 「緩和ケアってなんだろう？」 11/15 (月) 18:00~19:30 「緩和ケア勉強会」 11/26 (金) 18:00~19:30 「薬局薬剤師の在宅療養支援」 11/29 (月) 19:00~20:30 「緩和ケアってなんだろう？」	12/9 (木) 19:00~20:30 「在宅での看取りケア」 12/13 (月) 18:00~19:30 「終末期の鎮静について」 12/17 (金) 18:00~19:30 「がん疼痛治療の基本」		2/24 (木) 18:00~19:00 「リンパマッサージ」	3/22 (火) 18:00~19:00 「緩和ケアの中のスキンケア」
						3/6 (日) 13:30~16:30 鶴岡地区地域医療福祉連携活動報告会と兼ねて実施
9/22 (水) 19:00~20:30	10/25 (月) 19:00~20:30	11/30 (月) 19:00~20:30	12/22 (水) 19:00~20:30	1/24 (月) 19:00~20:30	2/28 (月) 19:00~20:30	
			12/20 (月) 診療所カバーエリアの調査分析			
		11/24 (水) 18:30~20:30 事例報告「退院時のスムーズな連携のために」				
	10/29 (金) 19:00~21:00 第4回連携学習会 地域医療の中での薬剤師の役割ー窓口業務から始まる在宅療養支援					3/25 (金) 19:00~20:30 第5回連携学習会
		11/29 (月) 17:40~19:40				
		11/27 (土) 13:30~15:45 講演「笑いは最高の抗がん剤」 落語「いのちの落語「病院日記」」 全日本社会人落語協会副会長/作家 樋口 強氏				
9/3 (金) 13:30~15:30 三川町 9/25 (土) 13:30~15:30 第6学区		11/20 (土) 13:30~15:30 藤島地区 11/25 (木) 14:00~16:00 第4学区				
9/18 (土) 13:30~15:30	10/23 (土) 13:30~15:30	11/13 (土) 13:30~15:30	12/18 (土) 13:30~15:30			3/19 (土) 13:30~15:30
9/15 (水) 20:30~21:30 コアメンバー会議	10/20 (水) 19:00~20:00 全体会議 20:00~21:00 コアメンバー会議	11/17 (水) 19:00~20:00 コアメンバー会議	12/15 (水) 19:00~20:00 全体会議 20:00~21:00 コアメンバー会議	1/19 (水) 20:00~21:00 コアメンバー会議	2/16 (水) 19:00~20:00 全体会議 20:00~21:00 コアメンバー会議	3/16 (水) 19:00~20:00 全体会議 20:00~21:00 コアメンバー会議

## a) プロジェクトの準備

### プログラムの進め方

プロジェクトの準備にあたり、「緩和ケアを専門とする医師・看護師」として地域緩和ケアチームなどの運営にあたるために、2007年度に地域の病院医師・看護師、訪問看護ステーションの看護師2名の計5名が、東札幌病院緩和ケア科での研修を行った。

地域でのプロジェクトの運営を検討するために、4月、プロジェクトの実施施設であり地域の中核病院である鶴岡市立荘内病院内に「荘内緩和プロジェクト推進委員会」を設立し、6月から荘内病院内の体制についての会議を月1回行った。12月には2回に分けて院内での医師などを対象とした説明会を行い、55名が参加した。

病院外の参加施設への打診として、2008年4月、医師会、および今回のプロジェクトにおいて中心的な役割を担う病院・医院への説明を個別に行い、参加・協力の承諾を得た。荘内病院、鶴岡地区医師会、鶴岡協立病院を中心にプロジェクト担当者を人選してもらい、「運営委員会」を結成した。

並行して、地域の診療所でのがん緩和ケアの状況を把握するために、鶴岡地区医師会に加盟する9の病院と86の診療所を対象とした質問紙調査と、62の診療所を対象とした訪問インタビュー調査によって、がん緩和ケアの提供状態および障害について系統的に把握するとともに、プロジェクトへの参加を打診した。

## b) プロジェクト1年目の活動の概要(表1)

2008年度は、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供の4本柱のうち、主に「緩和ケアの技術・知識の向上」のためのプログラムが多く設定された。医療従事者のスキルを上げることを目的とした、多職種向けの研修会である「緩和ケア・スキルアップ研修会」に最も力が入れられ、あらかじめ立てられた年間計画に沿った内容で開催された。また、地域の医療・福祉従事者を対象に、講師が施設に訪問して行う「出張緩和ケア研修」が5回、病院や高齢者福祉センターにて開催された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、リーフレット・ポスターの配布、「緩和ケアを知る100冊」の病院などへの設置、市民公開講座が行われたほか、自治体単位の

寸劇を利用した出張講演会が行われた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、鶴岡地域では連携担当者間での交流は施設を越えて行われていたものの、職種を越えた現場の医療従事者の交流がほとんどなかったことから、連携の基盤づくりが進められた。多職種が参加して、まずは比較的少人数での「地域多職種ミーティング」を行いながら、地域に参加者を募った「多職種連携カンファレンス」が開催された。これにより、地域の課題の共有と顔の見える関係づくりの第一歩が行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームが設置された。

1年間、緩和ケアセミナー(緩和ケア・スキルアップ研修会)を中心として、いくつかの委員会のもとにプログラムを行っていたが、具体的な課題や成果が十分に共有されていないという認識から、年度末に、2009年度以降の計画を立てるために、運営委員会のメンバーをはじめ、プロジェクトにかかわる地域の関係者、地域外の研究班のメンバーによる「合宿」(来年度のアクションプラン検討会)が行われた。合宿は1泊2日で、10時間を超えてオープンな雰囲気で行われ、夜には懇親会も行われた。その結果、それぞれ4名の医師をリーダーに、プロジェクトの4本柱ごとに活動を分割したワーキンググループが立ち上げられ、今後はワーキンググループごとにプロジェクトを進めていくこととされた。各ワーキンググループ内で、ワーキンググループのコアメンバーが選出され、コアメンバーが中心となって活動がなされた。結果としてセミナーなどの開催日が重なることもあったが、各グループで活発な活動が行われた。この「合宿」により、プロジェクトが系統的に実施されるとともに、年間を通して優先順位の高い活動の予定が立てられ、メンバー間の信頼を増すよい手段ともなった。

## c) プロジェクト2年目の活動の概要(表2)

2009年度は、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」に関するプログラムが最も多く設定された。主なプログラムは、在宅で緩和ケアを受けている患者についての多職種での症例検討会である「地域緩和ケア症例検討会」、在宅診療を行う医師などが中心となって活動する「南庄内在宅医療を考える会」、看護師同士のネットワークである「地域看看連携検討会」、薬剤師のネットワークである「つるやくネットワーク」などで、中でも「地域緩和ケア症例検討会」は毎月必ず開催された。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、「緩和ケア・スキルアップ研修会」が引き続き開催された。1年目は主に荘内病院の医師が講師を務めたが、2年目は地域の医療従事者たちが多く講師を務めた。講義のみならず、グループワーク

や寸劇も取り入れられた。医師の参加を容易にするために、医師向け研修会の場として開催されたがん治療についての症例検討会である「地域がん症例検討会」に、緩和ケアのミニレクチャーが盛り込まれた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、引き続きリーフレット・ポスターが配布された。「緩和ケアを知る100冊」が、病院のみならず市立図書館にも設置され、指定図書として多く貸し出された。中核病院においては、地域のがん患者やその家族がお茶を飲みながら語る場として「ほっと広場」（患者・家族会）も開催された。「ほっと広場」では、開始から約15分が緩和ケアに関する内容にあてられ、患者・家族が緩和医療を専門とする医師に直接質問できる時間がとられた。出張講演会では、地域内のそれぞれの小地域単位に出向いての寸劇が行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる相談が引き続き行われた。

年度末に昨年度と同様に「合宿」（来年度のアクションプラン検討会）が行われ、2010年度の計画が立てられた。

#### d) プロジェクト3年目の活動の概要 (表3)

2010年度も、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携

の促進」に関する多くのプログラムが継続された。看護師のネットワークである「地域看護連携検討会」は、「医療と介護の連携研修会」に移行した。5～6月に開始された地域の福祉施設訪問では、緩和医療を専門とする医師・看護師によりすべての施設への訪問が行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、「地域がん症例検討会」が「がんセンター鶴岡」と名称を変更して継続され、緩和ケアに関するミニレクチャーがテーマを変えて毎回行われた。「緩和ケア・スキルアップ研修会」は、毎月の開催から隔月の開催へと変更された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、市民公開講座が継続して行われたほか、「ほっと広場」も継続された。出張講演会も継続して行われ、スタッフによる寸劇が上演された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる出張コンサルテーションが行われた。また、施設で死亡したがん患者に関しては、地域緩和ケアチームによる施設職員とのデスカンファレンスが行われた。



# プロジェクトの4本柱ごとの記録

## 1) 緩和ケアの技術・知識の向上

### a) マニュアル・症状評価ツール

鶴岡地域では、3年間に、ポケット版の緩和ケアマニュアルである『ステップ緩和ケア』が累計 3740 冊、ステップ緩和ケアの実践が映像で示された DVD『ステップ緩和ケアムービー』が累計 903 部配布された(図1)。症状ごとに作成された患者・家族用パンフレットは累計 24931 枚配布され、苦痛の系統的な評価シートである「生活のしやすさに関する質問票」は累計 5720 枚配布された(図2)。患者・家族用パンフレットでは、「これからの過ごし方について」「医療用麻薬を初めて使用するとき」の使用頻度が高かった(図3)。

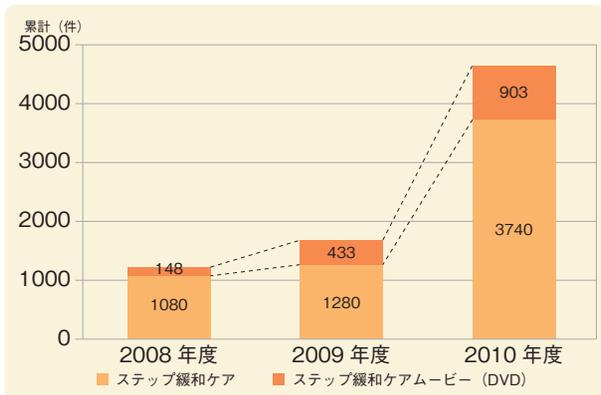


図1 ステップ緩和ケア・ステップ緩和ケアムービーの配布数

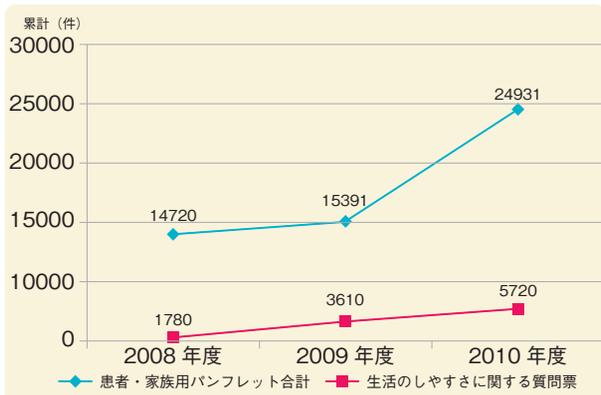


図2 患者・家族用パンフレット、評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」の配布数

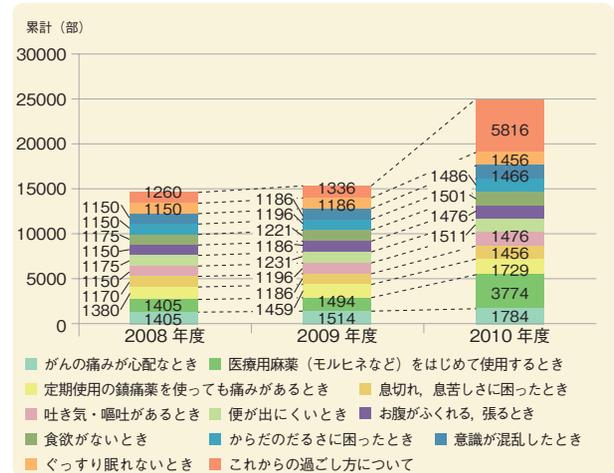


図3 患者・家族用パンフレットの種類ごとの配布数

各マテリアルは、まずプロジェクトの主体病院で地域中核病院である荘内病院の全医師に個別に配布され、地域の病院・診療所などへは、必要な部数が緩和ケアサポートセンターからまとめて配布された。荘内病院では、医師以外への配布として、各病棟に設置された。また、新しく着任した医師には『ステップ緩和ケア』を含むマテリアル一式が配布された。

患者・家族用パンフレット「これからの過ごし方について」は、主に在宅に移行する患者の家族に使用された。「生活のしやすさに関する質問票」は、荘内病院の緩和ケアチームが関わった患者を中心に使用され、「わたしのカルテ」と一緒に患者に手渡された。

### ② 鶴岡地域独自の作成物

#### (1) オピオイドの力価表

2009年度、荘内病院の緩和ケアチームによって、オピオイドの換算を行うための「オピオイド力価表」が作成された(図4)。プロジェクトに関わる医師に配布されたほか、研修会の受付に置くなどされ、希望する医療従事者に配られた。

図4 オピオイド力価表

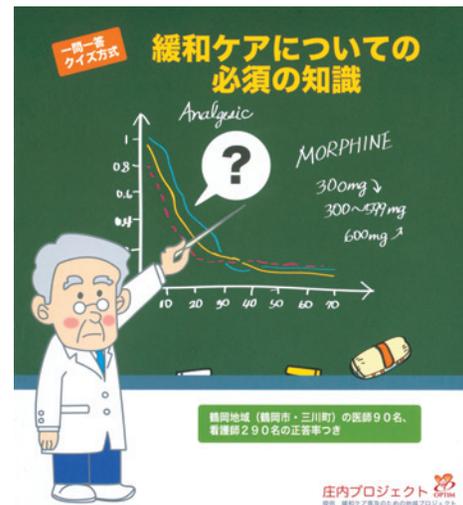


図5 『緩和ケアについての必須の知識』

(2) 『緩和ケアについての必須の知識』

浜松地域の『緩和ケアについての必須の知識』にならい、緩和ケアについての必須の知識に関する質問に地域の医師・看護師が回答した鶴岡地域版が作成された(図5)。

(3) 『鶴岡市・三川町調査に基づく300人のがん患者さん・ご家族の声』

浜松地域の『浜松市1000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声』にならい、鶴岡版が作成された(図6)。鶴岡版では、新たに「社会的に不安を感じているときのポイント」のページが追加された。

Point / 6 社会的に不安を感じているときのポイント

**要望** 経済的・社会的な苦痛への配慮が欲しい

**そのためにこのような工夫があります**

1) 患者さん、またそのご家族は、病気で入院することにより、「医療費はいくらかかるだろうか?」とか「退院後安心して自宅療養できるだろうか?」など様々な生活上の心配が出てきます。そのような患者さん、ご家族のサインに耳を傾け、医療従事者は一緒に問題を解決するようにしましょう。また、複雑な問題は、緩和ケアサポートセンターや各病院の医療福祉相談室などに早めにご相談ください。

**【相談先】**

- 鶴岡市立庄内病院地域医療連携室内緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川
- 鶴岡協立病院 地域医療連携室

**緩和ケアの医療支援ツール**

●OPTIMでは、さまざまなツールが作成されています。ご関心をもっていただいた先生方は、各病院の緩和ケアチーム、または緩和ケアサポートセンター-鶴岡・三川にお問い合わせください。

**庄内プロジェクト**

患者さんとご家族のための名簿ご案内 | 緩和ケアについて | 緩和ケアについての基礎知識

**緩和ケアサポートセンター-鶴岡・三川**

〒997-8515 山形県鶴岡市長町4-20  
(鶴岡市立庄内病院地域医療連携室内)  
TEL: 0235-26-5180 (電話受付時間 9:00~17:00)  
FAX: 0235-26-5156  
E-mail: kanwa.support@shonai-hos.jp

III 患者さん・ご家族の声

・患者の悩みは体のことだけではありません。家族への負担や将来のことへの不安、どうして病気になってしまったんだろうと悩んでいます。気持ちのつらさにも目を向けてください。

私が一番嬉しかったのは、主治医の先生が相談に乗ってくれたことです。妻や子供のこと、仕事のことなど様々な悩みを話し含めました。このようなサポートをしてくれる先生と出会えてよかったです。

闘病していくには、体のつらさに対応していただく事ももちろんですが、精神的なケアも必要です。告知されたとき、治療がもうなくなったことをつげられたときに、不安な気持ちを聞いていただけたのが何よりの支えでした。

・主治医の先生が何度も説明をしてくださり、夫も納得して痛み止めの薬を使っていました。苦痛が強くなり薬がどんどん増えていった時も不安はありましたが夫が望んでいたように「つらく無いように過ごしてほしい」と支えることができました。ただ、最後の薬が増えたことで死期が早まったのではという思いもあり、痛み止めの薬を増やしても寿命は縮まらないことをあの時説明してもらっていたら、もう少し安心できたかもしれません。

・妻は主治医の先生がよく話を聞いてくれたことでも安心していました。その人の様子を見ると我々も主治医を信頼することができました。また、「ご主人も疲れていませんか」への気配りもしてくださり、本々家族みんながサポートしてもらって伝わってきました。

・本人は「最後は自宅で過ごしたい」と話していましたが、主治医の先生から退院を勧められた時は、「見放された」とおもしました。でも、たとえ点滴をしていたり痛み止めの薬がつかないながらも往診の先生が自宅に見に来てくれるので同じ治療が自宅でもできること、訪問看護師や薬剤師、リハビリの先生も自宅に来てくれることを説明していただき、思い切って自宅に帰りました。

自宅では、看護師さんが顔を見に来てくれたり、リハビリの方が病院と同様にリハビリを続けて下さったり、ヘルパーさんが食事など様々なことを手伝ってくださり満足いく生活ができていたと思います。

退院前に、病院の主治医の先生と自宅に戻ってから主治医になってくださる先生と一緒に話をする場を設けていただけたおかげで、戻ってから相談することができました。

地域のサポートください。

**鶴岡市・三川町 調査に基づく300人のがん患者さんご家族の声**

Contents

- 1 患者さん・ご家族の悩みや不安
- 2 緩和ケアについて
- 3 緩和ケアサポートセンター-鶴岡・三川
- 4 緩和ケアについての基礎知識

図6 『鶴岡市・三川町調査に基づく300人のがん患者さん・ご家族の声』

## プログラムの進め方

緩和ケアセミナー（緩和ケア・スキルアップ研修会）の際に、スライドで具体的に『ステップ緩和ケア』のページ数を紹介し、手に取ることを促すようにした。DVD『ステップ緩和ケアムービー』は、緩和ケアセミナーの開始前10～15分ほどの時間に放映した。時間があまり長くないものについては荘内病院の医局会で放映し、医師への啓発を行った。

「これからの過ごし方について」は、内容が非常によいという声が多く聞かれ、「パンフレットがあることで、家族が別の家族に説明しやすくなった」「研修医の教育ツールとしても有効」などの意見があった。一方で、「勉強になるが、実際に患者には使用していない」という声も聞かれた。

「生活のしやすさに関する質問票」は、医療従事者がチームで化学療法の副作用の見落としを防ぐのにも役立った。気持ちのつらさと生活の支障の寒暖計で高得点を示した患者については、臨床心理士がかかわるようにした。臨床心理士からは、「程度が軽い患者もチェックできるので、早期のスクリーニングに役立ち、患者の回復も早い印象である」との意見が聞かれた。また、経済的な悩みを持つ患者を早期に医療ソーシャルワーカーへとつなげることも役立った。患者が自分の症状を書き記すことで自らの病状を把握し、問題点を明確にできる利点がある場合があった。

### b) 緩和ケアに関するセミナー

鶴岡地域では、3年間に、OPTIMが企画した緩和ケアに関するセミナーが合計77回開催され、参加者は延べ4686名であった（図7）。参加者の32%が看護師であり、14%が医師、9%が薬剤師であった。このほかに、OPTIM以外の実施主体が企画した緩和ケアに関するセミナーとして把握できたものとして合計12回のセミナーが開催され、参加者は延べ519名であった（図8）。また、都道府県とがん診療連携拠点病院が行う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が合計2回行われ、参加した医師は38名であった（図9）。

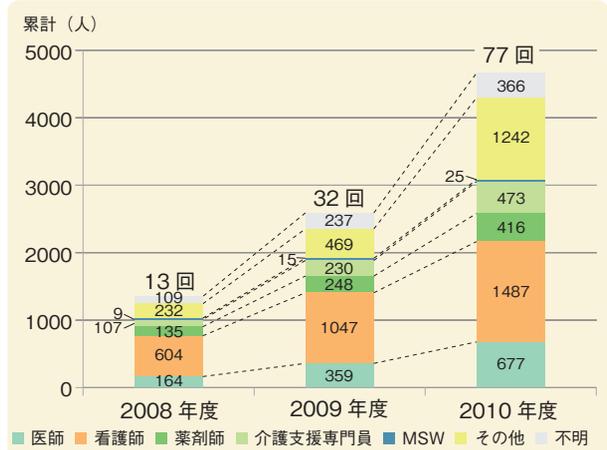


図7 OPTIMが企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

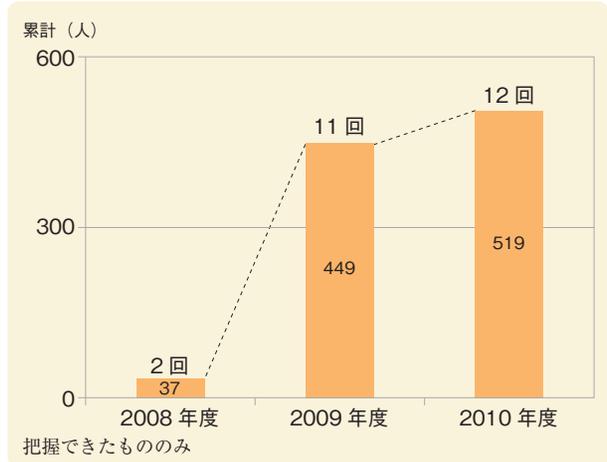


図8 OPTIM以外が企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

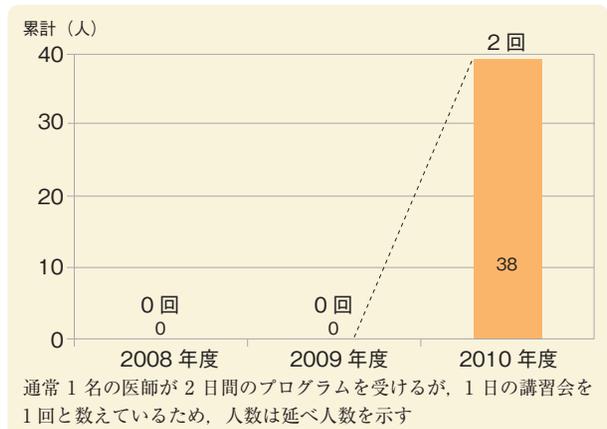


図9 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の回数・参加人数

### e) 2008年度

2008年度の緩和ケアセミナーは、多職種向け研修会（緩和ケア・スキルアップ研修会）として、地域の多職種を対象におおむね毎月1回開催された（図10）。OPTIMプロジェクト開始前の2007年12月・2008年3月にも、「オピオイド使用法の基本について」として開催された。要望の多

かった「オピオイドの使い方」「痛み以外の身体症状のマネジメント」「がん終末期患者の精神的苦痛の緩和」「訪問看護の役割と現状」などのテーマについて、地域の医師や看護師による講義が行われた。診療所の医師が参加しやすいよう、18時半から20時までの時間帯に荘内病院を会場として開催された。荘内病院が地域の多職種医療職を対象とした「開かれた」講演会を行うことは初めてであった。

講義形式のセミナーには看護師、医師、薬剤師、理学療法士・作業療法士、保健師、介護支援専門員など毎回100名以上が参加した。評価としては、毎回、「次回もぜひ参加したい」「次回でもできれば参加したい」と答える参加者が90%以上を占めた。



図10 緩和ケア・スキルアップ研修会の様子

## プログラムの進め方

グループワークを取り入れた会では参加者が少なくなる傾向があった。グループワークを取り入れた参加型の会で参加者が少なかった理由としては、「知識不足のため質問されたくない」との声が聞かれた。他職種との意見交換や全体での発表に、地域の医療福祉従事者が不慣れだったことが原因と考えられた。しかし、グループワークを取り入れた回の方が、運営委員会のメンバーが耳にする満足度は格段に高かった。

### b) 2009年度

前年度と同様、緩和ケア・スキルアップ研修会がおおむね毎月1回行われた。あらかじめ年間計画が立てられ、それに沿って、第1回・第2回は講義とグループワーク、それ以降は講義を中心に開催された。テーマとしては、痛みや呼吸困難、褥瘡などのケア、患者・家族とのコミュニケーションが取り上げられた。また、第7回では、寸劇「あなたが、家族ががんと診断されたら」が催された。

## プログラムの進め方

4月に行った第1回のグループワークでは、医師・薬剤師で2グループを、看護師・他職種で4グループをつくり、前者のグループでは「痛みの薬の処方」について、後者のグループでは「痛みのケア」について話し合った。

感想としては、「地域のリンクスタッフが参加することで緩和ケアという言葉が多く聞かれるようになった」「(会場となっているにもかかわらず)荘内病院の職員の参加が少なかった」「医師の参加が少なかった」などがあった。

### ◎ 2010年度

2010年度の緩和ケア・スキルアップ研修会は、OPTIM関連のいろいろな研修会が増えてきたため、回数を減らし密度を高める意図で、2カ月に1回の開催とされ、年間で計5回行われた。国立がん研究センターなどから講師を招いた際には、開始前に15分ほど、地域の医療者によるミニレクチャーが加えられた。

## プログラムの進め方

3年目に入り、地域でも看取りを行う施設が出てきたため、地域からの発表を聞く場を設けた。前年度までとは異なり、グループワークへの関心も高まった。広報の仕方は、事前に案内を出すだけでは不十分で、当日の朝まで口頭で伝え続けるのが最も効果的であることが実感された。

### c) 鶴岡地域独自の取り組み

#### ① 中核病院(荘内病院)内での勉強会

鶴岡地域では、地域全体に影響力を持った中核病院が変化することが地域への影響をもたらすには必須であるとの考えから、荘内病院内でのプログラムが多く設定された。

#### (1) 緩和ケア学習会

緩和ケア・スキルアップ研修会は、時間的に病院看護師の参加が困難であることから、荘内病院の看護師を対象に、小グループによる実践形式で日常的な緩和ケアのスキルを学ぶことを目的に緩和ケア学習会が開催された。時間帯も、看護師が参加しやすいと思われる17時半～18時半に設定された。2008年度から2009年度にかけて、月1回荘内病院講堂で開かれ、院内の医師や看護師、薬剤師などが講師を

務めた。2009年度からは、現場のニーズに合わせ、病棟の学習会に講師が出向いて開催された。しかし、全体で行う緩和ケア・スキルアップ研修会が充実してきたため、2009年8月の開催を最後に中止された。

## (2) 緩和ケアミニレクチャー

荘内病院職員の緩和ケアスキルの向上を目的に、2010年度に12回にわたり開催された。緩和ケア・スキルアップ研修会で扱う内容が総論的であり、「現場で今必要なこと」と一致していない印象があったため企画された。院内の全職員を対象に、「いま何について学びたいか」の事前調査を行い、それを元に年間計画が立てられた。医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなど多職種の講師による毎月1回1時間の講義が行われ、看護師を中心に毎回20名前後の参加があった。

## ⑤ 地域でのがん診療カンファレンス内での緩和ケアのミニレクチャー

医師を対象に緩和ケアだけのセミナーを行ってもそのために参加する医師は少ないと考えられたため、がん診療などの治療のカンファレンスの機会を使って緩和ケアに関する短時間のミニレクチャーが行われた

### (1) 地域がん症例検討会を利用した緩和ケアのミニレクチャー

2009年度、主に医師を対象に、診療所からの紹介で荘内病院において手術および抗がん剤治療を施行・予定している患者の症例検討会が6回開催された。19時から20時半に荘内病院会議室で行われ、1例10分程度で、毎回5～6例が検討された。この中で、荘内病院緩和医療チーム医師による、約15分間の緩和ケアミニレクチャーが3回行われた。

症例検討会への荘内病院内の医師の出席率は高く、毎回20人前後の参加があったが、診療所医師の参加が少なく、周知を含めた検討が課題とされた。この課題をもとに、翌年からは「がんセンター鶴岡」と、名称と案内方法を変更して開催された。

### (2) キャンサーボード鶴岡を利用した緩和ケアのミニレクチャー

2010年度、主に医師を対象に、診療所からの紹介で荘内病院において手術および抗がん剤治療を施行・予定している患者の症例検討会が、月1回19時から20時半の1時間半、荘内病院会議室にて開催された。3～5例の症例検討に続き、毎回15分ほどの緩和ケアミニレクチャーが行われ、20人前後の医師が参加した。

紹介元の診療所へは、サポートセンターからFAXなどで事前に開催告知がされるようになり、診療所医師の参加も徐々に増加した。緩和ケアミニレクチャーでの質疑応答も活

発に行われ、実践的な学びの場となったと同時に、病院医師と診療所医師との意見交換の場となった。

## ⑥ 出張緩和ケア研修

2008年度から、地域の医療福祉従事者に対する緩和ケアの教育・情報提供を目的に開始された。緩和ケアを専門とする医師、看護師、薬剤師などが施設に出向いて講演する形で行われた(図11)。

2010年度からは、内容が介護職員向けのものに絞られた。開催前に行われた施設訪問の際に十分な告知をしたことで、施設からの依頼は大幅に増え、19回開催された。参加者数は依頼した施設により幅があり、10～100名とさまざまだった。1回の講演時間は1～1時間半だった。対象者はほとんどが、年間のがんの看取り数が5名以下で、まったく経験がない者が60%を占めた。80%以上の参加者が役に立つ、理解できたと回答した(図12)。



図11 出張緩和ケア研修の様子

対象・方法		出張緩和ケア研修の参加者を対象とした質問紙調査 504名中406名から回収(回収率81%)				
結果						
参加者背景		評価				
職種	介護福祉士	31%	有用性	役に立たない	0%	
	介護員(ヘルパーなど)	30%		少し役に立つ	9%	
	介護支援専門員	8%		役に立つ	55%	
	看護師	7%		とても役に立つ	36%	
	相談員	6%		理解度	理解できなかった	1%
	医師	1%			少し理解できた	16%
	その他	17%			理解できた	60%
			とても理解できた	23%		
経験年数	1年未満	16%				
	1～10年	55%				
	11年以上	29%				
がん患者の 看取り数	0名	62%				
	1～5名	31%				
	6名以上	7%				

図12 出張緩和ケア研修の評価

## プログラムの進め方

2009年度末に、これまで行ってきた緩和ケア・スキルアップ研修会の内容が、個人ではなく地域の各介護・福祉施設それぞれにどれだけフィードバックされているのかを調査するため、20施設を個別訪問した。その結果、2施設でしか施設全体にはフィードバックされていないことが判明した。したがって、出張緩和ケア研修を行う日程、講義内容を施設側の希望に沿ったものとして、施設ごとの出張緩和ケア研修を行った。施設での看取りを増やすことだけを目的とせず、患者を支えるという、普段介護職員が行っているケア自体が緩和ケアなのだという、介護職員へのメッセージを込めた。

### ④他地域との意見交換会

2009年度、長崎地域のプロジェクトを行っているコアメンバーや、OPTIMプロジェクトの研究に加わっている診療所医師らが鶴岡地域を訪れ、患者宅へ同行したり連携研修会を開催したりしての意見交換が行われた。

2010年度には、逆に鶴岡地域の運営委員会のメンバーらによる長崎地域の視察が実施された。

### ⑤サイコオンコロジー・コミュニケーションに関する講習会

#### (1) 精神腫瘍研修会

2010年11月～12月にかけて4回にわたり、山形大学の精神腫瘍科から講師を招いて実施された。せん妄についての講義や症例検討・グループワークが行われたが、グループワークを取り入れた回では参加人数が半分に減少した。

#### (2) コミュニケーションスキル研修会

2010年7月3日、荘内病院内で看護師を対象に開催された。ロールプレイを取り入れた内容への関心は高く、10名の定員に対し14名の応募があった。「患者・家族に寄り添ったコミュニケーションを学ぶことができ、自分を振り返る機会となった」との声が聞かれた。

## 2) がん患者・家族・住民への情報提供

### a) リフレット・冊子・ポスター

OPTIM啓発のための資料としては、リフレット、冊子、ポスターが用意された。鶴岡地域では、3年間の累計で、リフレット20965部、冊子14775冊、ポスター5699枚が配布された(図13)。

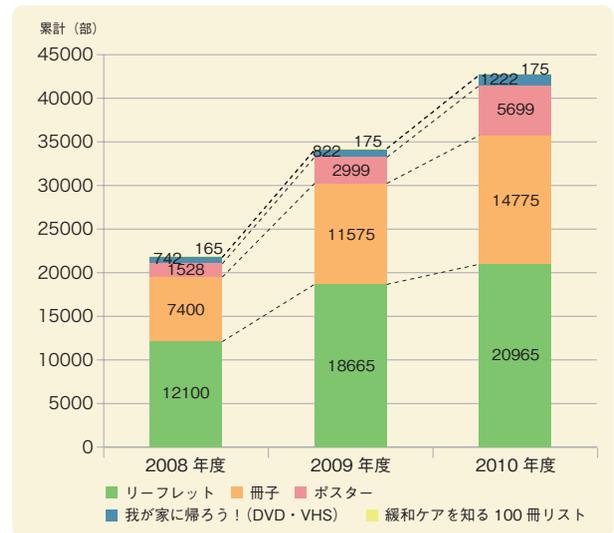


図13 リフレット・冊子・ポスターなどの配布数

2008年4月には、リフレット・冊子は鶴岡市内の医療関連施設27カ所(診療所23カ所、病院4カ所)、ポスターは医療関連施設43カ所(診療所34カ所、病院9カ所)に配布された。公共施設としては、コミュニティセンター、市役所・庁舎、公民館、体育館・福祉センターなどに配布された(表4)。

表4 リフレット・冊子・ポスターの設置施設数

医療機関	9
福祉・介護施設	43
公的機関	95
その他	8
合計	155

## プログラムの進め方

リフレット・冊子・ポスターは、まず運営委員会のメンバーが鶴岡市役所本庁に説明を行い、本庁から支所に協力を依頼してもらった。医療機関に対しては、1施設ずつ説明しながら手渡した。郡部などの離れた場所にある診療所に対しては、医師会を通じて検体の集配の際に配布してもらうよう依頼した。コミュニティセンターへの依頼は、最初にコミュニティセンター長の会議で行い、以降、郵送した。

2008年10月、リフレット・冊子・ポスターの掲示・設置協力医療機関19カ所に訪問調査を実施したところ、「ポスターの字が小さく、内容も難しいという市民の反応があった」「関心は低いようだ」などの声が担当者から聞かれた。

## a) 鶴岡地域独自の作成物

2009年度、一般市民へのプロジェクト周知のため、地域のプロジェクト参加病院3施設の取り組みを紹介した庄内プロジェクト独自のパンフレットが作成された(図14)。

また、鶴岡地区にある2カ所の訪問看護ステーションの利用案内のためのパンフレットが、患者向け・医療者向けの2種類つくられた。薬剤師の薬剤訪問指導についての患者向けパンフレットも作成され、薬局に設置された(図15)。

## b) 映像メディア

DVD『我が家へ帰ろう』は、入院患者が家に帰れるという安心感をもてることを目的につくられた。2008年度、荘内病院では中央のロビーに試聴コーナーが設けられ、毎日9時～16時の間放映された。協立病院では、ベッドサイドの1つのチャンネルで、いつでも見られるよう配信された。地域の診療所1施設でも待合室で放映された。そのほか、市民公開講座などの場でも、開始前に上映された。



図14 庄内プロジェクトのパンフレット



図15 訪問看護ステーションや薬剤師による在宅訪問の案内

2009年度からは、荘内病院の試聴コーナーで『我が家へ帰ろう』以外に、地域の医療従事者たちによる寸劇や、いのちの落語等、市民公開講座の録画も放映された。また、荘内病院でもベッドサイドのモニターで随時見られるようにされた。実際に、入院中に見たという患者から、サポートセンターへの相談があった。

2010年度、協立病院では『我が家へ帰ろう』が自由に持ち帰れるように置かれた。

### c) 図書「緩和ケアを知る100冊」

「緩和ケアを知る100冊」は、2008年度、荘内病院、協立病院、鶴岡地区医師会検診センター、慶應義塾大学先端生命科学研究所・からだ館がん情報ステーションの4施設に設置された。からだ館では貸し出しも行われた。しかし、医師会検診センターに設置したものはあまり閲覧されなかったため、2009年度、より利用者の多い市立図書館に移動された。5月からは指定図書として入り口付近の目に付きやすい場所に設置されたため、ひと月で86冊の貸し出しがあった。荘内病院でも3月より貸し出し期間1カ月の貸し出しが始められ、これに伴い、貸し出しノート、マニュアル、ポスターが作成された。2009年度は、市立図書館2192件、荘内病院60件、協立病院44件の貸し出しがあった。

荘内病院内2カ所と市立図書館には、2010年6月から毎月、荘内病院のスタッフによる推薦図書の「顔写真付きポップ」が貼られ(図16)、その後、貸し出し数は大幅に増加した。



図16 「緩和ケアを知る100冊」の設置

### d) 講演会

市民を対象とした緩和ケアの講演会として、鶴岡地域では、3年間の累計で、21回の講演会が開催され、2531名が参加した(図17)。

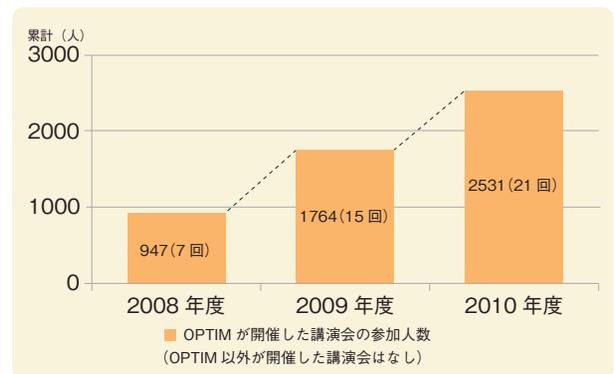


図17 OPTIMとOPTIM以外が開催した市民対象講演会

2008年6月14日、東北公益文科大学大学院にて、からだ館との共催で、第1回市民公開講座「地域で支えるがん緩和ケア」が、「がんになっても自分らしくあり続けるために」をテーマに開催された(図18, 19)。緩和ケアに対する理解と意識の向上を目的に、「ふりかえれば未来—ホスピス・緩和ケアの歴史を読む、明日を読む」と題した講演会が行われ、一般市民116名、医療従事者58名が参加した。質問紙調査では、「実用性の高い講演で、がん患者の家族としては心強かった」「安心して在宅医療を受けられるようなチームを早くつくってほしい」「がん患者の体験談を聞きたい」といった声が聞かれた。

同年11月15日には、「あなたらしく生きるために」をテーマに、第2回市民公開講座がマリカ市民ホールにて開催され、343名が参加した。第一部では、国立がんセンター(当時)の院長による講演に続き、がん患者の体験談として石坂浩二氏による講演が行われた。第二部では、地域の緩和ケアを担う医療従事者を知ってもらうことを目的に、医療従事者5名によるパネルディスカッションが行われた。質問紙調査では、「がん患者の生の声を聞けたことで、病気に向かう心構えを教えてもらえた」という声があった一方、「パネルディスカッションは少し長すぎ、専門的な話で緩和ケアのイメージがわかなかった」という声もあり、次回への課題となった。

2009年11月7日に行われた第3回市民公開講座は、再びからだ館との共催で、がん患者でもある落語家・樋口強氏を招き、「心に笑いを、体に癒しを」をテーマにした講演会が行われた。会場となった鶴岡中央公民館大ホールには、378名が集まった。この回では、講演と落語の上演前に、それまで郡部で出張して行っていた寸劇を上演した。質問紙調査では、講演と落語に対しては「日々の生活での笑いの大切さを学べた」、寸劇に対しては「笑いながらプロジェクトの概要や退院までのシステムが学べた」「緩和ケアに対するOPTIMプロジェクトメンバーの熱意を感じた」として非常に評価が高かった。

2010年11月27日には、OPTIMプロジェクト単独で、前

年と同じく樋口強氏を迎えて第4回市民公開講座が開催された。

## プログラムの進め方

第1回目は、新聞やラジオ、市の広報誌などで広報を行ったところ、用意した120席に対し174名が訪れ、市民の関心の高さがうかがえた。通路に臨時の椅子を出すなどして対応した。第2回目からは、開催日の10日前から鶴岡市庁舎、鶴岡地区医師会、荘内病院などで整理券を配布し、事前に人数の把握を行った。



図19 市民公開講座の様子

### e) 地域メディア (資料1)

プロジェクト開始にあたり前年の2007年度からアナウンスを始め、2008年3月から4月にかけて、地域の情報誌『鶴岡タイムス』および『広報みかわ』（三川町役場企画課が発行）に広告が掲載された。また、荘内日報と山形新聞では、先駆けて開始していた緩和ケア・スキルアップ研修会の紹介と併せてOPTIMの概要が紹介された。

2008年6月には、『広報みかわ』に第1回市民公開講座の開催告知が掲載され、開催後には荘内日報に当日の紹介記事が掲載された。7月には、毎日新聞と荘内日報に荘内病院で開催された緩和ケアコンサートの記事が掲載された。11月から12月にかけて、第2回市民公開講座の紹介記事が荘内日報や、鶴岡地区医師会の広報誌である『めでいかすとる』に掲載された。荘内日報には、後日、見開きを使用しての紹介記事も掲載された。また、山形放送(YBC)の「はばたくまち つるおか」でOPTIMの地域での取り組みが紹介された。

2009年12月には、『めでいかすとる』で第3回市民公開講座の様子が紹介された。



図18 市民公開講座のチラシ

2010年2月、3月には、荘内日報社発行の無料配布誌『敬天愛人』にOPTIMを紹介する記事が見開きで掲載された(図20)。ロゴ入りの布バックとボールペンを景品としてアンケートが募られ、2月号には106通、3月号には59通の応募があり、緩和ケアについての認識が変わったとの声が寄せられた(図21)。また、山形テレビ(YTS)の「ゴジダス」で、地域の取り組みが紹介された。

2009年11月から2010年11月にかけて計10回、毎朝6時半から放送されている山形放送ラジオ「朝だ! 元気だ! 6時半」で、さまざまな職種の医療従事者が緩和ケアについて解説した(図22)。2009年は医師、訪問看護師、病院薬剤師が担当し、2010年は、管理栄養士、保険薬局薬剤師なども加わって担当した。

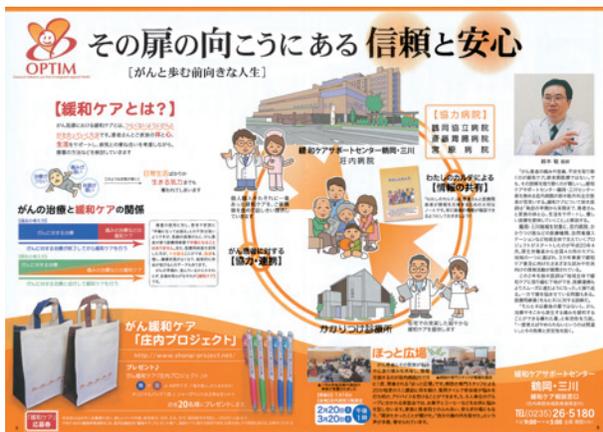


図20 『敬天愛人』への掲載記事

「この記事を読んで、がんの治療に対する意識がとても変わりました。モルヒネに対しても、とても誤解していました。まさに信頼と安心だと思いました」

「緩和ケアについて、大変解りやすい説明・記事でとてもよかったです。今後、ぜひ“ほっと広場”などを利用させていただければと思います」

「最後まで家族と共に」の記事を読んで私も自分の家族ががんになったら、\*\*さんの経験をぜひ参考にさせていただきたいと思っています。貴重な記事ありがとうございました」

図21 『敬天愛人』に寄せられた声



図22 山形放送ラジオでの緩和ケアの紹介

## f) 鶴岡地域独自の取り組み

### ① 市民対象のイベントへの参加

毎年1回小真木原体育館で開催されている「市民健康のつどい」に、2008~2010年度まで毎年、OPTIMのブースが出展された(図23)。鶴岡市健康課が主催するこのイベントは、毎年約2500人が参加するものであった。

2008年度の「市民健康のつどい」では、緩和ケアに関するアンケートが行われ、協力者には花の苗がプレゼントされた。医師、看護師、薬剤師などによる、緩和ケアに関する相談窓口を設置したが、訪れる人は少なかった。

そこで、2009年度には、看護師によるリンパマッサージの実技講習が、約15分間×5回実施された。講習の前には毎回、緩和ケアやOPTIMプロジェクトについての説明が行われた。

2010年度には、さらに緩和ケアの啓発に力を入れるため、「緩和ケアチャレンジクイズ」が実施された(資料2)。「緩和ケアはいつから受けることができますか?」といった緩和ケア・医療用麻薬についての問題や、荘内病院で開催されている患者・家族会「ほっと広場」などについての情報が詳しく解説された。得点に応じて配布された、OPTIMのロゴ入り布バックなどの景品の人気が高く、430名が参加した。クイズに解答するために、緩和ケアの資料が置かれたブース内で調べものをするなど、参加者のブースへの滞在時間も長かった。

鶴岡市朝日地域からも、毎年2月に開催している「あさひ健康のつどい」への、緩和ケアをテーマにしたブースの出展依頼があり、2009年度にOPTIMのブースが設けられた。リーフレットや冊子などが配布された。250名ほどがブースを訪れ、75名にアンケートが行われた。市中心部から遠い地域ということもあり、緩和ケアの認知度は低かった。



図23 市民健康のつどいの様子

### ② 寸劇を利用した自治体単位での出張講演会

2008年度には地域のコミュニケーションセンターなどで緩和ケアの出張講演会が行われたが、緩和ケアをより身近に感じてもらうことを目的に、2009年6月より、さらに小地域単位

に出向いての出張講演会が開始された（図 24）。医師による緩和ケアについての講演と、OPTIM 参加施設のスタッフによる約 30 分の寸劇をセットとして行われた。2009 年度、2010 年度に、5 地域ずつ実施された。



図 24 寸劇を利用した出張講演会の様子

## プログラムの進め方

寸劇では、医師は医師役、訪問看護師は訪問看護師役など、実際に地域で働いている専門職がシナリオを見ながらその役を演じた。一地域ごとに、シナリオの大筋以外を細かく変更し、庄内弁を取り入れたり、地域に実際にある店舗名を登場させたりし、自分の地域で起こりうることとじてもらえるような工夫をした（資料 3）。開催後のアンケートでは、緩和ケア・在宅療養についての否定的な認識が減少した（図 25）。他の講演会などのアンケートでは見られなかった傾向として、自由記載が多かったことが挙げられる。ほとんどが、「寸劇の内容が分かりやすく、緩和ケアについてある程度理解できた」「役者さんが知っている先生たちなので親しみを感じる」「庄内弁での熱演が身近に感じられた」などというもので、非常に手応えが感じられた。

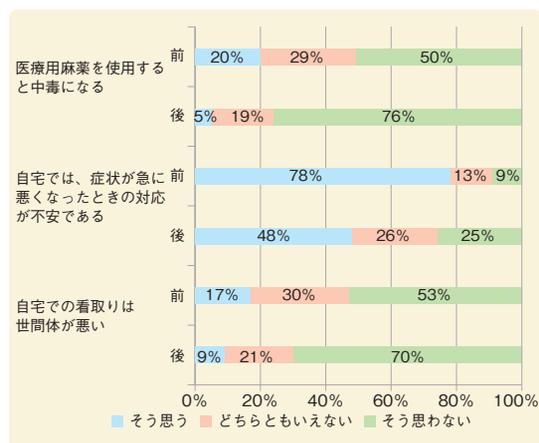


図 25 寸劇を利用した出張講演会の評価 (n=380)

## ④緩和ケアコンサート

緩和ケアコンサートは 2008 年度から年に 1 回、秋に開催された（図 26）。毎回、最初の 5 分ほどで緩和ケアについての説明がされ、その後、楽器の演奏が行われた。庄内病院大ホールが会場となり、車いすの入院患者など約 80 名が参加した。2008 年度は楽器演奏の得意な病院職員のみで行われたが、2009 年度からは地域のミュージックボランティア「ひまわりの会」、2010 年度にはさらに三味線「糸の会」が加わった。



図 26 緩和ケアコンサート

## ④ Web サイト

2009 年 4 月、鶴岡地域での OPTIM プロジェクトの取り組みや緩和ケアについて、地域の一般市民および医療従事者に広く知ってもらうことを目的に、地域独自の「庄内プロジェクト」Web サイトが開設された。プロジェクトの進行に伴い、活動報告は徐々に充実されていった。プロジェクト参加者が執筆した文章や質問紙調査結果などが掲載され、毎月更新された。

2010 年度後半からはサイトのアクセス解析もされ、数値化しにくい啓発の取り組みについて、サイトの使われ方が目に見える形で分析された（資料 4）。

## ④ ニュースレター

地域住民への緩和ケアの啓発を目的に、2010 年度に 4 回、『はっと通信』が発行された（図 27）。OPTIM プロジェクトの紹介と報告、緩和ケアに関する情報が掲載された。2500 部が発行され、プロジェクト参加病院および医師、医師会、保険薬局、市の健康課、保健所、地域のコミュニティセンター、訪問看護ステーションに配布された。OPTIM の研修会でも配布された。

A4、4 ページのカラー冊子で、1 面には緩和ケアの解説、2・3 面にはワーキンググループごとの活動報告や患者会の紹介、4 面には管理栄養士による、体調の悪いときにも食べやすいメニューの紹介などが掲載された。地域の医療従事者の写真も載せ、OPTIM プロジェクトが病院だけでなく地域全体で進められていることが伝わるような工夫がされた。



図 27 『ほっと通信』

### ① 啓発のためのグッズ

2008年度に、「緩和ケアサポートセンター」の文字と電話番号を入れたシャープペンシル 3000 本が作成され、市民公開講座や出張講演会などで配布された。2009年度には、OPTIM のロゴマーク入りの 2 色ボールペン（本体の色は 5 種類）、クリアファイル、および 2 色の布バッグが作成された（図 28）。布バッグは、「わたしのカルテ」を入れることを想定し、長崎地域ですでに作成されていたバッグにならってつくられた。市民公開講座で配布されたほか、「市民健康のつどい」などの抽選用景品とされた。



図 28 作成されたオリジナルグッズ

## プログラムの進め方

当初は、OPTIM のロゴマークの入ったバッグを持つことに患者が抵抗感を抱いたが、プロジェクトの運営委員、リンクスタッフ、病院スタッフ、医師会・歯科医師会の会員も持ち歩くようにすることで、一般市民の目に触れる機会を増やし抵抗感を薄めた。バッグを持ち歩くことで、同じバッグを持つ人に、自分ががんだと打ち明けるきっかけにもなり、3 年間で徐々に「がんであることを隠さなくてもいい」という雰囲気が出てきた印象がある。使い勝手がよいため一般市民にも人気が高く、抽選用景品としたときの応募は非常に多かった。

### ③ 患者会・家族会「ほっと広場」

がん患者・家族の交流の場として、2009年6月から月1回、患者・家族会「ほっと広場」が開催された（図 29）。2010年4月からは第2土曜日の午後2時間、荘内病院内で開催され、当初は院内の患者・家族のみが対象であったが、2010年度からは荘内病院以外のがん患者・家族も参加した。荘内病院緩和ケアチームのメンバーによるミニ講話約 20 分に続き、質問コーナーが設けられ、荘内病院の緩和ケア医や医療ソーシャルワーカーが回答した。その後、講演を行った医師なども参加しての茶話会が開かれた。毎回の参加者は 20 名前後で、患者本人が多かった。参加を広く呼びかけるためにチラシが作製された（図 30）。

毎回実施しているアンケートでは、「同じ悩みを持つ人に胸の内を打ち明けることができた」「悩みを共有できる仲間ができた」という声が多く聞かれた。特に茶話会は、「担当医には直接尋ねられないことでも、別の医師になら訊くことができる」として大変好評だった。



図 29 「ほっと広場」の様子



図 30 「ほっと広場」のチラシ

## プログラムの進め方

当日の会場設定などは、サポートセンターのスタッフおよび荘内病院の職員が行った。プロジェクト終了後も継続して開催できるよう、2010年度より患者からボランティアを募り、運営の一部を担ってもらうようにした。

質問コーナーで出た質疑応答の内容は終了後に「Q & A」としてまとめ、質問内容が重複しないよう、次の回で配布した。初めて参加する患者・家族には、「Q & A」をファイルにまとめたものを渡した。

### h 保健師への活動

2008年に、地域の保健推進委員の年代が60歳前後なのだが、家庭内で緩和ケアに実際最もかかわることになるのは主婦ではないかとの意見があったため、保健推進委員の会合の際に窓口となる保健師を通してOPTIMの啓発を申し入れた。荘内病院のメンバー2名がスライドを用いて説明を行った。しかし、その後、他の業務との優先度などから、保健師活動としてはOPTIMプロジェクトの啓発活動は実施されなかった。

## 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

### a) 緩和ケアに関する相談窓口

地域の患者・家族・一般市民や、関連機関からの緩和ケアに関する相談を受けるための窓口がつけられた。相談窓口へは、3年間で累計352件の相談が寄せられた(図31)。

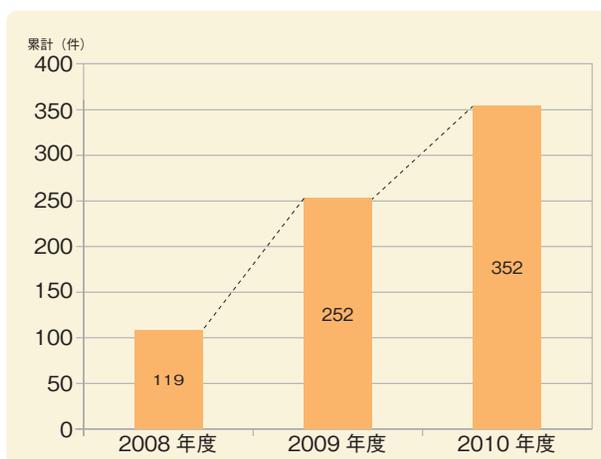


図31 相談窓口への相談件数

鶴岡地域では、がん緩和ケアに関する地域の相談窓口としてはじめてのものとなる「緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川」が荘内病院地域医療連携室内に設置された。同連携室のスタッフが兼任でメンバーとなり、地域からの相談に応じる体制がとられた。

## プログラムの進め方

地域のがん治療の中核を担う病院で、相談を受けられる看護師および医療ソーシャルワーカーがいること、緩和ケア専門の医師がいることなどから荘内病院の地域医療連携室のスタッフが窓口機能を兼務したが、人手不足のため、手が回りきらないことも多かった。緩和ケアの体制が未整備の地域にサポートセンターを設置する場合、専任スタッフを確保して、地域全体の状況を横断的に把握することが必要だと思われた。

サポートセンター自体の認知度が低かったため、当初は相談件数も少なかった。しかし、プロジェクトが進むにつれ、福祉施設や医療機関からの相談は増加した。

### e ロビーの「緩和ケアに関する相談窓口」

2009年4月、外来患者が気軽に相談できることを目的として、荘内病院の「ロビー」に緩和ケア相談窓口が開設された(図32)。月曜日から金曜日まで、外来患者の予約が最も多い午前9時から11時の2時間、医療ソーシャルワーカーが1人立って対応した。開始から7カ月間で、対応件数は106件、うち患者からの相談は64件で、残りは患者家族や介護支援専門員からだった。しかし、案内などが多く、本来、医療ソーシャルワーカーが対応すべき複雑な相談は限られていたため、10月までで終了となった。

相談件数が伸びなかった原因としては、荘内病院が基本的に予約制であるため、相談時間まで見越して来院する患者が少なかったことが考えられる。「院内の案内役」になってしまうことが多かった。また、「周りから見えるところで、立っている人には相談しにくい」という意見もあり、個人情報を守れる環境が必要だと考えられた。



図 32 ロビーの「緩和ケア相談窓口」の様子

### b) 退院支援・調整プログラム

プロジェクト実施前には、退院支援の方法として、患者・家族への説明→主治医の紹介状記入→家族が診療所に紹介状を持参して受診→退院、という流れがとられ、退院前カンファレンスは開催されていなかった。

プロジェクト後は、OPTIM プロジェクトで作成した退院支援プログラムを導入し、退院前カンファレンスが実施された。2009年8月から、それまで使われていた「退院アセスメントシート」が「庄内プロジェクト退院支援・調整スクリーニングシート」として改訂された(資料5)。それに伴い、退院支援・調整フロー図を作成し、退院支援・調整の流れを見直し、地域医療連携室の看護師と医療ソーシャルワーカーが週2回定期的に行う病棟回診も開始された(図33)。

退院前カンファレンスでは、前段階の情報共有として、患者・家族の同意を得た後、患者情報がNet4U(p.48参照)に登録された。前半15分が医療・福祉関係者の情報共有で、後半15分には患者・家族も含め、問題点の確認がされた(図34)。患者に対するプロジェクトの説明をはじめ、Net4U登録の確認や在宅主治医の選定の際には、「庄内プロジェクトについて」のチラシが使用された(資料6)。

## プログラムの進め方

退院前カンファレンスには、開始当時は15人ほどが参加していた。事前に了解は得ているものの、医療福祉従事者側の人数の多さに患者が萎縮することが懸念されたが、実際には、「こんなに大勢の人に私たちは支えられているのだと思った」などとして、患者・家族には好評だった。Net4Uへの登録についても、退院後もネット上で病院スタッフも見守っていると伝えることで、患者が安心して退院していきうようになったと感じた。

患者情報をNet4U上で確認できるようになったために、訪問看護ステーションの看護師や介護支援専

門員などと病院スタッフが情報を共有したうえで話すことができ、病院スタッフ側にも在宅の視点が生まれてきたように思われた。

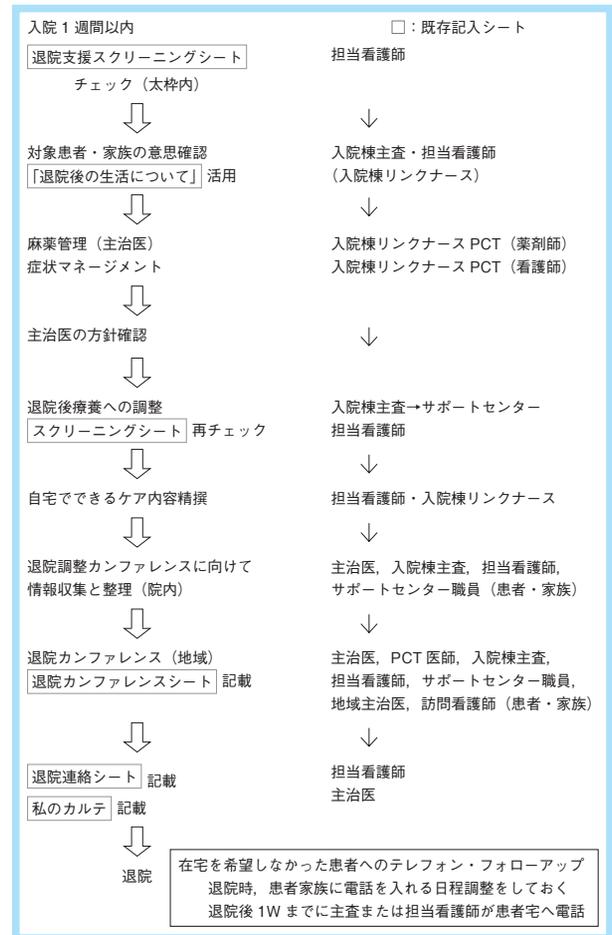


図 33 退院支援・調整のフロー図



図 34 退院前カンファレンスの様子

### c) わたしのカルテ

「わたしのカルテ」は、患者が自分の医療情報を持ち歩くことで、地域の医療従事者が情報を共有するためのツールの1つとして、プロジェクト参加病院から退院し、自宅療養を始めるがん患者・家族に配布された。鶴岡地域では、3年間に累計2350冊が配布された(図35)。2009年度には薬剤師会・歯科医師会の協力も得て運用された。

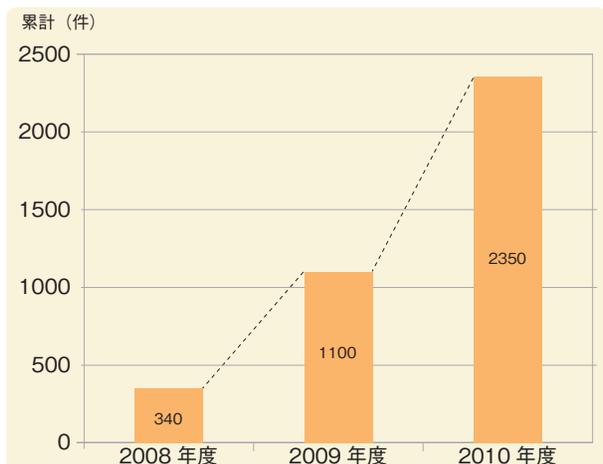


図 35 わたしのカルテの配布数

## プログラムの進め方

既存の情報共有手段・Net4Uがあるため、医療従事者間の連携ツールとしてはあまり活用されなかった。しかし、プロジェクトが進むにつれ、外来での待ち時間に「わたしのカルテ」をお互いに見せ合う患者も出てきた。栄養指導の内容や、保険薬局で薬剤師が気づいたことなどを、医療従事者が共有できるようになった。「わたしのカルテ」普及について心配されたのが、カルテを持っていることで、周囲の人にがんだとわかってしまうことだった。そこで、「わたしのカルテ」が収まるサイズの布バッグを作成した (p.21 参照)。

### d) 多職種連携カンファレンス

連携の基盤となる「顔の見える関係」構築のために、鶴岡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294名が参加した (図 36)。職種では看護師が38%と最も多く、続いて医師31%、介護支援専門員11%、薬剤師7%の順であった (職種を調査しなかった回があるため、「不明」がある)。

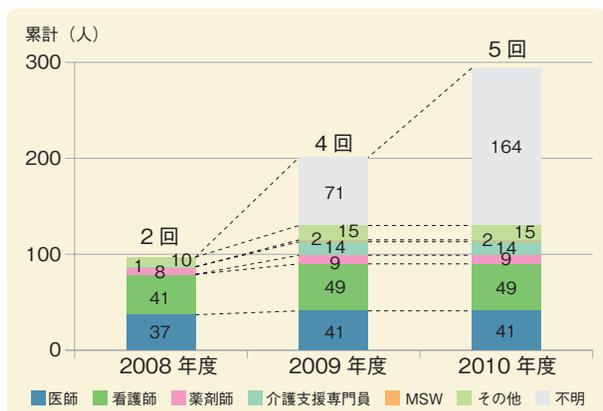


図 36 多職種連携カンファレンスの回数と参加人数

### a) 2008年度

これまで多職種で集まる機会がなかったため、地域全体の多職種連携カンファレンスに先立って、比較的限定した多職種で事例などを通して地域連携についての課題を共有する「地域多職種ミーティング」が行われた。第1回のミーティングは、2008年6月28日の13時より、荘内病院講堂にて開催された。訪問看護ステーションの看護師、病院・診療所医師、看護師の計23名が参加し、「容体悪化時の在宅主治医の往診」「退院日から初回訪問看護までの契約と連絡体制」「がんを告知されていない患者のプロジェクト介入」などが話し合われた。

第2回のミーティングは、2008年9月13日の13時より開催された。第1回目の参加者に加え、保険薬局の薬剤師、介護支援専門員など、計31名が参加した。プロジェクト参加施設の活動と課題が報告され、プロジェクト対象患者についての振り返りが行われた。また、「わたしのカルテ」の改善点が検討された。

第3回のミーティングは、2008年11月29日の13時より、前回のメンバーの職種に作業療法士や医療ソーシャルワーカーが加わり、22名が参加して開催された。第3回は、開催前に介護支援専門員からの問題提起を整理し、それを元にディスカッションが進められた。また、荘内病院での退院調整について、困難事例とうまくいった事例の2例が紹介された。

その後、11月、12月に、地域全体に呼び掛け、2回連続として「緩和ケアの地域連携の問題点を探る」のタイトルでグループワークを中心とした地域多職種連携カンファレンスが行われ、延べ97名が参加した。

### b) 2009~2010年度

2009年度の多職種連携カンファレンスも2回連続で設定された。12月20日にKJ法による課題抽出のグループワークが行われ、次に1月20日に課題を共有したうえで具体策についての検討が企画された。「患者の多職種での情報共有について」「地域でがん患者を診てもらおう関わりを増やすために」「病院での早期からのがん緩和ケアを進めるためにどうしたらよいか」の3つのテーマについて、ディスカッションが行われた。延べ104名が参加した。

2010年度の多職種連携カンファレンスは、地域でさまざまな連携の枠組みが行われたため、活動を共有するための「鶴岡地域医療福祉連携活動報告会」(後述)と合わせて開催された。

## プログラムの進め方

地域多職種ミーティングは土曜日の午後に設定した

が、診療時間中で参加が困難な診療所医師が多かった。参加者を増やすため、開催時間帯をたびたび検討したが、適当な時間帯はなかなか決まらなかった。できるだけ多くの職種に参加してもらうため、福祉施設にも、電話のほか、FAX や E-mail で開催案内を送付した。3回のカンファレンスはいずれも問題解決にまでは至らなかったが、参加者は活発に発言し、職種別やテーマ別のさまざまなネットワークが生じていきかけとなった。また、地域の多職種が顔を合わせる機会となり、情報交換が進んだ。

多職種連携カンファレンスは、2008年度は緩和ケアセミナー（緩和ケア・スキルアップ研修会）の枠を利用して行ったが、参加者は症状緩和の講義と比べて少なかった。グループワークなど参加型の内容にためらいがあったためと思われる。2009年の多職種連携カンファレンスでは、2回連続のうちグループワークをすることをアナウンスしたところ1回目では参加者が33名と少なかったため、2回目にはグループワークをアナウンスしなかったところ参加者が71名に増えた。意見交換するときの気恥ずかしさなどに配慮することが必要であると思われた。

### e) リンクスタッフ

プロジェクト開始時期は、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーが中心であったが、プロジェクト後半からは、施設などへ活動範囲を広げたため、施設でのリンクスタッフをサポートする体制が構築された。

2009年5月、緩和ケアサポートセンターの職員が地域の福祉施設を訪れ、プロジェクトの説明およびリンクスタッフの募集が行われた。同時に、施設でのがん患者の受け入れについての聞き取り調査も行われた。居宅介護支援事業所の介護支援専門員には、郵送で、プロジェクトの説明とリンクスタッフの募集が行われた。7月には、地域に10カ所ある特別養護老人ホームから14名、4カ所ある介護老人保健施設から6名、15カ所あるグループホームから12名、32カ所ある居宅介護支援事業所から26名、障害生活者支援センターから1名の、計59名がリンクスタッフとなった。リンクスタッフの主な職種は、看護師や介護職員で、施設によっては事務員であった。

7月には、第1回「地域緩和ケアリンクスタッフ研修会」が開催され、37名が参加した（図37）。プロジェクトの概要や緩和ケアについて、また、リンクスタッフの役割について説明がされ、意見交換が行われた。

2010年5月から6月にかけて、「地域福祉施設訪問」とし

て、緩和ケアサポートセンターの職員、および荘内病院緩和ケアチームの医師1名による、リンクスタッフの所属するすべての施設への訪問が行われた。がん患者の受け入れや、過去1年間の看取り件数、緩和ケア研修の内容に関する希望などが聞き取り調査された。

2010年度には、2010年7月、2011年3月に「地域緩和ケアリンクスタッフ研修会」が行われた。それぞれ、56名、65名の参加があり、事例紹介の後、荘内病院の医師をファシリテーターとしてグループワークが行われた。参加者の所属施設は、居宅介護支援事業所、有料老人ホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームが主であった。評価としては、「参考になった点」としてコミュニケーションや連携にすることが、「今後研修したい内容」としては、精神的ケア、看取りのケア、医療処置が挙げられた（図38）。



図37 地域緩和ケアリンクスタッフ研修会の様子

## プログラムの進め方

2010年度の「地域緩和ケアリンクスタッフ研修会」では椅子を円形に配置し、参加意識を高め、かつ参加しやすい会場づくりを心がけた。

「地域福祉施設訪問」では、「がん患者への対応に困ったときにどこに相談しているか」を尋ね、対応に苦慮したときや、施設内で看取りの勉強会をするときには、地域緩和ケアチームに相談してほしいと呼びかけた。1施設への訪問に1時間半ほどをかけ、プロジェクトの説明を行った。がん治療の中核を担う地域の病院スタッフが直接施設を訪ねたことで、安心感を持ってもらうことができ、効果は非常に大きい印象であった。

## プログラムの進め方

当日の司会は医師、事例紹介は看護師が行った。途中からは、在宅に移行する患者に関しては、病棟での経過を病棟看護師が説明した。Net4Uでの患者情報共有を促す目的もあったため、事例紹介の際はNet4Uのシステムを介し、大型スライドで情報を映し出しながら進めた。継続して開催したため、月を超えて1人の患者の経過を追うことも可能であった。

多職種が集まったが、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーからの問題提起は少なく、他の職種のあるところで発言しにくいと考えられた。また、医療用語が難解であることも考えられたため、事例紹介のあとに司会が内容をかみくだいて再度説明した。

参加者の満足度は高く、毎回非常に勉強になるという声が多く聞かれた。ディスカッションの質も次第に高まり、在宅や介護の場での看取りへの認識を変えるのに役立ったと思われる。

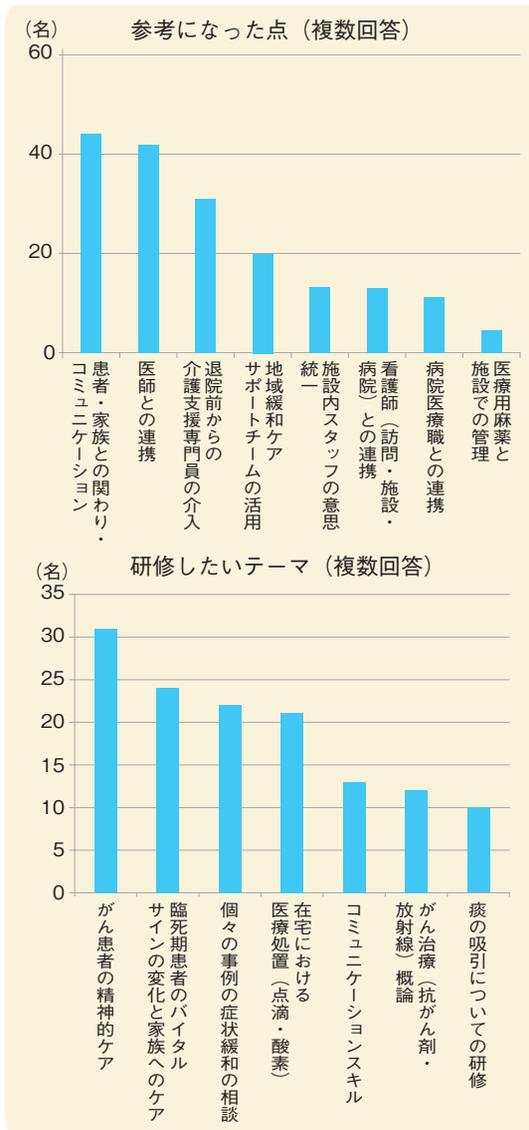


図38 地域緩和ケアリンクスタッフ研修会の評価(n=56)

### f) 鶴岡地域独自の取り組み

#### ① 地域緩和ケア症例検討会

2008年度に緩和ケア専門家による地域でのコンサルテーションがあまりうまく機能しなかった印象から、2009年度から、プロジェクトの対象となった患者の在宅サポートについての症例検討会が開始された。月に1度、症例にかかわった地域の医師や看護師が必ず参加できる日を設定して日程が決定され、毎月開催された。

多職種の参加を促すため、鶴岡地区医師会内や薬剤師会のメーリングリストで告知を行う、リンクスタッフにはE-mailやFAXで案内するなど、全地域の医療福祉従事者に参加が呼びかけられた。参加者は毎回20~30名ほどで、医師3~4名、看護師約10名のほか、薬剤師、作業療法士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーなどであった。19時から20時半の1時間半で、5~7例について検討された。2010年度も引き続き月に1回開催された。

#### ② 地域リソース情報の共有

2009年度、病院から地域に患者を紹介する際、地域の診療所が有効に活用されることを目的に、各診療所の専門分野や往診への対応など、特に緩和ケアに必要な充実した情報がNet4U上で公開された(図39)。2010年度、公開された情報がどのように使われているのかを調べるための調査が行われた。しかし、限られた事務職員などが、紹介先が決定した後に診療所情報を確認するために使用していることがほとんどで、実際には、「情報を元に患者の紹介先が検討される」といった積極的な利用の仕方はされていなかった。解釈として、緩和ケアでは、患者との相性や受けている医療ケアの個別性が高く、画一的な情報ではなく人を介した情報が重要であることが認識された。

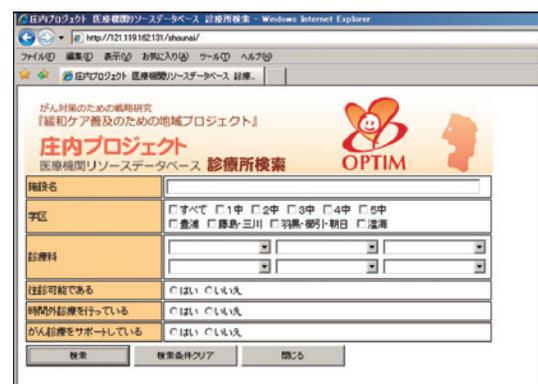


図39 地域リソースのデータベース

### ㊦ 医師のネットワーク（南庄内在宅医療を考える会）

2009年9月2日には、医師の在宅医療の底上げやさまざまな連携を目的に、「南庄内在宅医療を考える会」が開催された（図40）。診療所医師14名、病院医師4名、事務職員4名が参加し、①在宅医療で困ったことを解決できる場、②勉強会をとおしてスキルアップを行える場、③地域医療・在宅医療のための連携をつくる場、とすることが決められた。11月5日に第2回が、2010年3月6日には講師を招いて第3回が行われた。

2010年度には、5月10日に第1回が、8月9日に第2回が、12月20日に第3回が開催され、医師がそれぞれに抱える在宅医療についての課題が話し合われた。第3回では、事前に各診療所の往診範囲を調査してプロットし、診療所ごとの負担軽減と効率化が図られた。年4回の定期的な開催を目標に、医師同士が本音で語り合える会が目指された。

2010年7月7日には、企画として、「病院勤務医と医師会との懇談会」が開催され、荘内病院の医師による講演会、および「地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査」の結果報告がされた。プロジェクト終了後にも継続した運用が可能になるように、製薬メーカーと共催とした。



図40 南庄内在宅医療を考える会の様子

### ㊦ 看護師のネットワーク（地域看看連携検討会）

2009年8月18日、病院看護師と地域の看護師との連携を深めることを目的に、第1回「地域看看連携検討会」が荘内病院地域医療連携室にて開催された。OPTIMに参加している4病院、および2つの訪問看護ステーションの看護師約7人が集まり、看看連携についての問題点や解決策が話し合われた。主に、病院から退院する患者の看護サマリーに求められる内容と、実際に記載されている看護サマリーの内容の違いがあることが話し合われた。地域のニーズに沿った看護サマリーの必要性について、共通認識がされた。

第2回は10月20日に開催された。看護サマリーに記載する必須項目についての具体的な話し合いが行われ、病院

への周知がされた。必須項目として挙げられたものは、「がん告知の有無と内容」「患者・家族の受け止め方」「予測される症状への対応」とされた。また、病院と在宅での医療処置が違うことを病院看護師が知ったうえで退院指導をすることの重要性が共有され、在宅でのかかり方を病院看護師が体験する流れができた。

18時半から20時の時間帯で開催されたが、他の会議と重なることも多く、参加が困難な看護師も多かった。また、病院の規模の違いや院内での立場の違いから、「会議に参加しても、話し合いの結果を病院全体に普及させる権限があるわけではない」といった参加者の決定権の有無にも開きがあり、課題の解決までは至らなかった。2010年度に開催された第3回までで中止され、検討課題は「医療と介護の連携研修会」などに引き継がれた。

### ㊦ 薬剤師のネットワーク（つるやくネットワーク）

2009年7月17日、病院薬剤師と保険薬局との連携を深めることを目的に、すでに活動を開始していた長崎地域のP-ネットに学ぼうと、P-ネット代表者を講師に招き、多職種が参加しての第1回連携学習会が開催された（図41）。この学習会をきっかけに、薬剤師のネットワークを「つるやくネットワーク」として広げていくことが決められた。地域の訪問薬剤指導の現状を明らかにするために、保険薬局を対象としたアンケート調査が実施され、その結果をふまえ、12月15日にはプロジェクト開始後の取り組みを報告する第2回連携学習会が開催された。

2010年4月16日には、在宅での薬剤師の役割と醍醐味をテーマに、講師を招き、第3回連携学習会が開催された。7月には、「お薬のことで困っていませんか?」として、患者向けパンフレット「薬剤師による在宅訪問のご案内」が作成された（p.36参照）。10月29日には、講演の内容を薬剤師向けに絞った第4回連携学習会が、3月25日には第5回連携学習会が開催された。参加者のアンケートでは、64%が「非常によかった」22%が「よかった」と回答し、自由記載では、「日常の業務の中で、薬歴に何を記載したらよいのか悩むことがあったのですが、今日のお話を聞いて、早速すぐにでもやってみようと思いました。薬剤師として、まだまだやれることがたくさんあると分かり、うれしくなりました」「日常での服薬指導が、本当に患者さんのためになっているのかどうか、明日からの仕事のためになることばかりでした」「患者さんと表面的なかわりしか持たないことが、とてもつまらないことなのだなと感じました」などがみられた。

また、つるやくネットワークでは、訪問薬剤指導を行う際に使用する診療情報提供書などの薬局間での統一が進められ、Net4U上で運用された。病院から福祉施設への患者紹介増加に対応するため、Net4U上で各保険薬局の麻薬

取扱いの可能・不可能などの情報を公開する取り組みも進められた。



図 41 つるやくネットワーク連携学習会の様子

## ① その他のネットワーク

### (1) 鶴岡地域医療福祉連携活動報告会

OPTIM プロジェクト開始後に複数のネットワークが発足・活動したため、それ以前から地域で活動していた会や新しくできたネットワークが、それぞれどのような活動をしているのかをお互いに知ることを目的に、2010年3月7日、「鶴岡地域医療福祉連携活動報告会」が開催された(図42)。各会から計74名が参加し、10分ずつの活動報告に加えてディスカッションが行われた。2011年3月6日にも同様の会が開催された。医療・福祉・多職種連携の分野での活動報告が行われ、鶴岡地域で行われているネットワーク活動についての共有がなされた。



図 42 鶴岡地域医療福祉連携活動報告会の様子

### (2) 医療と介護の連携研修会

病棟看護師と介護との連携を促進することと、地域看看連携検討会での継続課題を検討するために、2010年8月5日に、第1回「医療と介護の連携研修会」が開催された(図43)。事前に行われた「医療(病棟看護師)と介護(介護支援専門員)の連携についてのアンケート」の分析結果が報告され、3例の事例報告の後、グループワークが行われた。11月24日には第2回が開催され、119名が参加

した。「退院時のスムーズな連携のために」をテーマに、2例の事例報告が行われた。



図 43 医療と介護の連携研修会の様子

### (3) 懇親会「ふらっと」

2010年10月16日には、職種にかかわらず、保健・医療・福祉従事者がフラットな関係で親睦を深めていくことを目的に、48名が参加してふらっと立ち寄れる懇親会「ふらっと」が開催された(図44)。第1部として「多職種がフラットな関係になるためには一地域医療連携の現状と課題」と題した講演会が行われ、第2部として参加者の交流が図られた。



図 44 懇親会「ふらっと」の様子

### (4) 介護保険事業者連絡協議会

2010年6月に、4回にわたり「介護保険事業者連絡協議会」第1部会が開催され、それぞれ、訪問介護事業者、訪問入浴介護事業者、居宅介護支援事業者、通所介護事業者が参加した。

### (5) 南庄内栄養と食の連携を考える会

2010年6月21日、2011年1月20日に、「南庄内栄養と食の連携を考える会」が開催された。緩和ケアサポートセンターの紹介がされ、栄養に関する問題や糖尿病について話し合われた。

### ② 電子カルテによる情報共有

鶴岡地域では、OPTIM プロジェクト以前から運用されていた地域の情報共有ツールである Net4U が個々の患者の

情報共有として用いられた。たとえば、病院から退院した患者について、病院内で行われた治療内容を知ることや、自宅に移行した後に生じた問題について Net4U を通じて診療所医師が緩和ケア医に「気軽に」聞けるためのツールとして使用された (図 45)。

### 地域医療連携ツール「Net4U」のしくみ

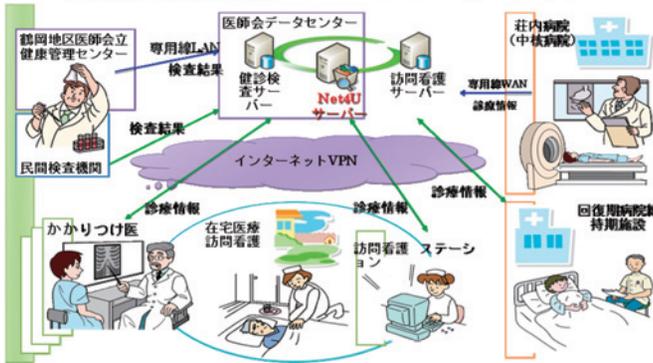


図 45 Net4U のしくみ

## 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241件であり、電話・E-mailによるものが230件、出張によるものが1件であった (図 47)。

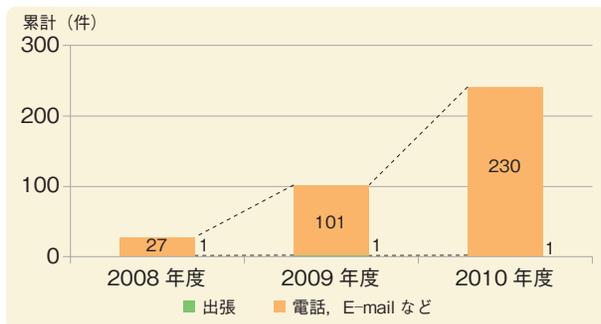


図 46 地域緩和ケアチームへの相談件数

2008年度、複数の医療施設からメンバーを選定して「地域緩和ケアチーム」が設置された。医療従事者向け利用案内も用意された。コンサルテーションの件数は、出張では多くはなかったが、直接の電話やメール、Net4Uを通しては多く寄せられた。2010年度には、有料老人ホームや介護老人保健施設の入所者や地域の病院からの依頼で、10件の出張コンサルテーションが行われた (図 47)。



図 47 出張コンサルテーションの様子

### b) アウトリーチプログラム

該当する活動は行われなかった。

### c) 鶴岡独自の取り組み

#### ① 地域緩和ケアチームによるデスカンファレンス

2010年度、看取りに対する介護施設職員の不安や負担感の軽減を目的に、5月と11月に、有料老人ホームや介護老人保健施設での看取りについて、施設職員と地域緩和ケアチームがディスカッションを行うデスカンファレンスが地域緩和ケアチームの主催で開催された。評価としては、「関係づくりのきっかけになった」「他職種との情報共有の大切さを実感した」など、地域の医療福祉従事者の相互理解が深まり、緩和ケアや看取りの実践が変化するきっかけとなったようであった (図 48)。

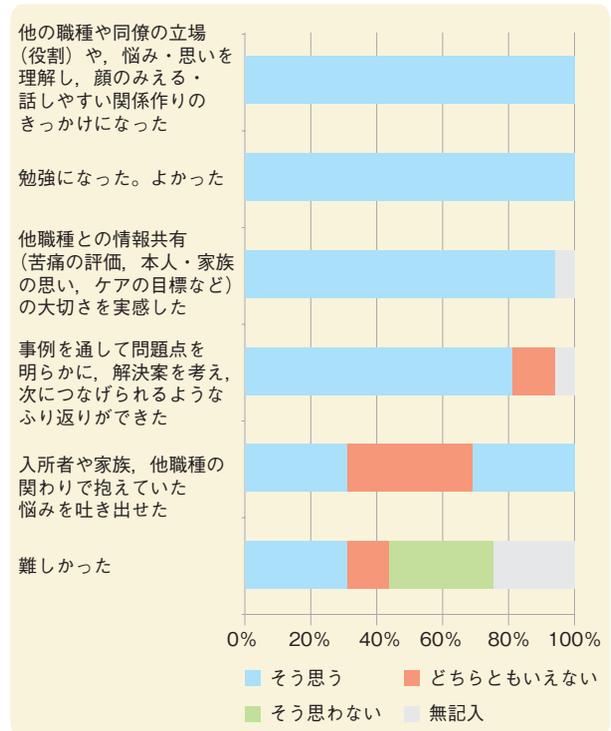


図 48 デスカンファレンスの評価 (n=16)

## 〔鶴岡地域・資料〕

# 資料 1 プロジェクトについて伝える新聞報道等

荘内日報

**「緩和ケア」推進へ**

**スキルアップ目指す**

鶴岡・三川 医療従事者が研修会

モデル指定



「緩和ケア」推進を目的とした研修会が、鶴岡市立荘内病院で開かれた。参加者は、緩和ケアの重要性や、がん患者の苦痛を和らげるための医療的アプローチについて学び、スキルアップを目指す。講師は、緩和ケアの専門家であり、がん患者の家族へのサポートについても触れられた。

毎日新聞

荘内日報

**がん患者の安らぎは家族**

市民公開講座 「緩和とケア」講演や事例で認識深める

鶴岡



市民公開講座「緩和とケア」が、鶴岡市立荘内病院で開かれた。講演者は、緩和ケアの重要性と、がん患者の家族へのサポートについて詳しく説明した。事例を通じて、緩和ケアがもたらす患者と家族の安らぎを共有した。

## 「危険な薬」は誤解

苦痛緩和 医療用麻薬に理解

がん患者や家族が苦痛を和らげるための医療用麻薬について、誤解を解くための研修会が開かれた。研修会では、麻薬の正しい使い方や、副作用の対処法などについて詳しく説明された。

**「危険な薬」は誤解**

苦痛緩和 医療用麻薬に理解

鶴岡



がん患者や家族が苦痛を和らげるための医療用麻薬について、誤解を解くための研修会が開かれた。研修会では、麻薬の正しい使い方や、副作用の対処法などについて詳しく説明された。

**初緩和ケアコンサート**

がん患者癒やす音色

鶴岡市立病院 院内

がんの痛みや精神的な苦痛などを和らげる「緩和ケア」に取り組む鶴岡市立病院の院内で、初めての「緩和ケアコンサート」が開かれた。

**院1階ロビーで患者 1人が開かれた。約50人が集まり、天井の初緩和ケアコンサートの音に響かされた。**

荘内病院の1階ロビーで開かれた初めての「緩和ケアコンサート」

や川の流れるように、拍手を交わしながら、在院患者や家族の心の中を癒やす。演奏は、鶴岡市立病院の音楽療法士によるもので、患者の苦痛を和らげる効果が期待されている。

**がん患者の緩和ケア**

痛み以外の対処法

鶴岡市立病院

がん患者の緩和ケアは、痛み以外の様々な症状に対処することが重要である。鶴岡市立病院では、緩和ケアチームが、患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や社会的苦痛に対処するための支援を行っている。

**や川の流れるように**

拍手を交わしながら、在院患者や家族の心の中を癒やす。

鶴岡市立病院 院内

緩和ケアコンサートの成功は、患者と家族の心のつながりによって成り立った。今後もこのような取り組みを継続していく予定である。

**がん患者の緩和ケア**

痛み以外の対処法

鶴岡市立病院

緩和ケアの重要性を再認識するための研修会が開かれた。参加者は、緩和ケアの最新動向や、実践的な事例について学び、スキルアップを目指す。

山形新聞

荘内日報

**頭を静かにくつろいで**

緩和ケアコンサート開催

鶴岡市立病院 院内

緩和ケアコンサートの開催は、患者の心の安定に大きく貢献している。今後もこのような取り組みを継続していく予定である。

鶴岡市立病院の緩和ケアコンサートは、患者の苦痛を和らげるだけでなく、家族へのサポートにも役立つ。今後もこのような取り組みを継続していく予定である。

「広報みかわ」

**「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が始まります**

平成19年度厚生労働科学研究費補助金 第3次がん総合戦略事業緩和ケアプログラムによる地域介入研究

「緩和ケア(※)普及のための地域プロジェクト」が、平成20年度から22年度にかけて、全国4つの地域で地域モデル作りが開始されます。その地域の1つとして鶴岡市と三川町の地域で開始されることとなり、鶴岡地区医師会との連携のもと、荘内病院で以下の取り組みが行われます。

- ◇緩和ケアに関する相談窓口「緩和ケアサポートセンター(地域医療連携室内)」の開設(相談無料)
- ◇緩和ケアについての冊子・DVDなどの配布(無料)
- ◇図書「緩和ケアを知るための100冊」を院内に設置(利用料無料)

※「緩和ケア」とは、がんに伴う痛み、心の悩み、療養場所や医療費のことなど患者さんやご家族が直面するさまざまな問題を解決する医療のこと、病気の時期や療養の場所に関係なく提供される医療です。

問合せ先 荘内病院地域医療連携室 ☎26-5180

「鶴岡タイムス」

**緩和ケア普及のための地域プロジェクト**

**OPTIM**

Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model

**期間 2008年4月→2011年3月**

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が平成20年度から平成22年度にかけて、全国4つの地域(山形県鶴岡市、千葉県柏市、静岡県浜松市、長崎県長崎市)で地域モデル作りが開始され、荘内病院と鶴岡地区医師会の連携のもと、以下のよう取り組みが行われます。

- ▶緩和ケアに関する相談窓口「緩和ケアサポートセンター(地域医療連携室内)」の開設(相談無料)
- ▶緩和ケアについての冊子・DVDなどの配布(無料)
- ▶図書「緩和ケアを知るための100冊」を院内に設置(利用料無料)

「緩和ケア」とは、がんに伴う痛み、心の悩み、療養場所や医療費のことなど患者さんやご家族が直面するさまざまな問題を解決する医療のこと、病気の時期や療養の場所に関係なく提供される医療です。

荘内病院地域医療連携室 ☎26-5180 鶴岡地区医師会荘内プロジェクト ☎22-0136

山形新聞

**「めていかす」とる**

緩和ケア普及のための地域プロジェクトに関する記事。患者の苦痛を和らげるための取り組みが紹介されている。

第21号 ●●めでいかすとる●● 平成20年11月15日発行

### 第3回 市民公開講座

進行プロジェクト 梶原 伸

去る11月15日(土曜日)午後2時より5時までの3時間にわたり庄内プロジェクト主催による第3回市民公開講座が、マリカ市民ホールにて開催されました。テーマとプログラムは下記の内容でした。

テーマ：地域で支えるがん緩和ケア ～あなたらしく生きるために～

プログラム：①ビデオメッセージ「庄内地域の医療と緩和ケア」 ②講演「がん医療と緩和ケア」 ③講演「よく生きる－緩和医療の原点－」

第1部 ④緩和ケア クイズ プレゼンター 慶応義塾大学専任講師 秋山 美紀 先生 解説 国立がんセンター中央病院 的場 弘光 先生

⑤パネルディスカッション 「住み慣れた自宅へ～あなたらしく生きるために～」 先生 鶴岡地区医師会 会長 中目 千之 先生 庄内保健所 所長 松田 千重 先生 庄内病院外科主任医長 鈴木 聡 先生 岡田病院 理事長 岡田 眞人 先生 庄内病院 看護部 部長 高橋 清 氏 ハーロース 看護部 本間 幸井 氏

事前に整理券を発行しておりましたが、参加者は、市民の方が319名、講師・スタッフ24名、あわせて343名となりました。当日は、アンケートを配布しまして、319名中207名の方から回答いただきました。中目先生はじめ医療関係の方々や研究班の先生方のご指導とご支援のもと、当院内病も一体となって高みに昇ることができました。尚、このような市民公開講座は継続して開催することを予定しております。引き続き、皆様にご指導とご支援をお願いして、報告させていただきます。



「めでいかすとる」

平成20年(2009年)6月6日(金曜日)発行 コミュニティしんぶん 980号(2)

### インタビュー

## 病診連携で患者の希望に沿う

### がん緩和ケアを進める鶴岡市



鶴岡市立庄内病院の庄内内科部長鈴木聡氏に、がん緩和ケアの現状と今後の展望についてインタビューを行いました。

鈴木氏：緩和ケアとは、がん患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や社会的苦痛など、あらゆる苦痛を軽減し、患者の生活の質を向上させることを目的とした医療です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われるべきものであり、患者の希望に沿って実施することが重要です。

緩和ケアの重要性は、近年ますます高まっています。がん患者の平均生存期間が長くなるにつれて、治療の副作用や生活の質の低下が問題視されています。緩和ケアは、患者の苦痛を軽減し、生活の質を向上させることで、患者の希望に沿った医療を実現するための重要な役割を果たしています。

鶴岡市立庄内病院では、緩和ケアの推進を図るために、緩和ケアチームを設置し、緩和ケアの専門家による診療を行っています。また、緩和ケアの普及を図るために、市民公開講座を開催し、市民への啓発活動を行っています。

鈴木氏：緩和ケアの推進には、医療従事者の理解と協力が不可欠です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われるべきものであり、患者の希望に沿って実施することが重要です。緩和ケアの推進には、医療従事者の理解と協力が不可欠です。

「コミュニティしんぶん」

第20号 ●●めでいかすとる●● 平成20年12月15日発行

## 温かい街 やさしい地域へ

### 地域で支えるがん緩和ケア

「緩和ケア」それぞれの立場から 住民参加は不可欠

安心感与える医療 看護のスキルアップ 負担だけではない介護

力与える自宅療養

「緩和ケア」それぞれの立場から

緩和ケアとは、がん患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や社会的苦痛など、あらゆる苦痛を軽減し、患者の生活の質を向上させることを目的とした医療です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われるべきものであり、患者の希望に沿って実施することが重要です。

鶴岡市立庄内病院では、緩和ケアの推進を図るために、緩和ケアチームを設置し、緩和ケアの専門家による診療を行っています。また、緩和ケアの普及を図るために、市民公開講座を開催し、市民への啓発活動を行っています。

庄内日報

第21号 ●●めでいかすとる●● 平成20年11月15日発行

## 一緒に考え理解と知識深めよう

### 地域で支えるがん緩和ケア

よく生きる 緩和医療の原点

がん医療と緩和ケア

「緩和ケア」それぞれの立場から

緩和ケアとは、がん患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や社会的苦痛など、あらゆる苦痛を軽減し、患者の生活の質を向上させることを目的とした医療です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われるべきものであり、患者の希望に沿って実施することが重要です。

鶴岡市立庄内病院では、緩和ケアの推進を図るために、緩和ケアチームを設置し、緩和ケアの専門家による診療を行っています。また、緩和ケアの普及を図るために、市民公開講座を開催し、市民への啓発活動を行っています。

第200号 ●●めでいかすとる●● 平成20年12月15日発行

## 「緩和ケア」に理解を

### 歩みを知り方向性探る

#### 鶴岡で一般市民ら対象に講座

緩和ケアとは、がん患者の身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や社会的苦痛など、あらゆる苦痛を軽減し、患者の生活の質を向上させることを目的とした医療です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われるべきものであり、患者の希望に沿って実施することが重要です。

鶴岡市立庄内病院では、緩和ケアの推進を図るために、緩和ケアチームを設置し、緩和ケアの専門家による診療を行っています。また、緩和ケアの普及を図るために、市民公開講座を開催し、市民への啓発活動を行っています。

庄内日報

地域で支えるがん緩和ケア

～がんになっても自分らしくあり続けるために～

○日時 6月14日(土) 午後1時30分～4時(午後1時開場)

○会場 東北公益文科大学 大学院ホール(鶴岡公園前)

○対象 一般及び医療関係者

○定員 100人(事前申込み不要)

○参加費 無料

○内容

講演① 庄内プロジェクトとは～地域で支える緩和ケア～  
講師：鶴岡地区医師会会長 中目 千之氏

講演② がんの痛みは我慢しないで  
講師：鶴岡市立庄内病院主任医長 鈴木 聡氏

特別講演 ふりかえれば未来  
～ホスピス・緩和ケアの歴史を読む、明日を読む～  
講師：東札幌病院理事長 石谷 邦彦氏

○問合せ先 鶴岡市立庄内病院地域医療連携室内  
緩和ケアサポートセンター ☎26-5180  
・慶應義塾大学先端生命科学研究所  
「からだ館」がん情報ステーション ☎29-0806

「広報みかわ」

「めでいかすとる」

## 資料 2 市民健康のつどいで行われたクイズ

# 緩和ケアチャレンジクイズ

クイズにチャレンジして、ステキな景品をゲットしよう！！

問1～8までの問題にお答えください。クイズの正解数に応じてステキな景品をプレゼントします。

**ダブルチャンス**として、住所と名前を記入してくださった方から抽選で1名の方に多機能付き体重計をプレゼントします。発表は商品の発送を持ってかえさせていただきます。

- |  | 答え番号 |
|--|------|
| 問1 相談窓口の緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川はどこにある？<br>① 鶴岡市役所                      ② 庄内保健所                      ③ 荘内病院                           | 3    |
| 問2 女性のがんで死亡が一番多い部位は？（2008年調査より）<br>① 乳がん                              ② 胃がん                              ③ 肺がん                 | 3    |
| 問3 男性のがんで死亡が一番多い部位は？（2008年調査より）<br>① 大腸がん                              ② 胃がん                              ③ 肺がん                | 3    |
| 問4 緩和ケアはいつから受けることができますか？<br>① がんの手術の直後              ② がんが再発した時              ③ がんと診断された直後                                       | 3    |
| 問5 からだの痛みをとるための医療用麻薬のモルヒネについて正しいのはどれ？<br>① 死期が早まる                      ② 中毒になる                      ③ がんの痛み治療の優れた鎮痛薬           | 3    |
| 問6 がん患者さんとその家族が集まり悩みを共有し励まし・支え合う事を目的に<br>荘内病院で開催される会の名前は？<br>① ぱっと広場                      ② ほっと広場                      ③ なごみ広場 | 2    |
| 問7 緩和ケアを知る100冊はどこで貸し出しを行なっているでしょうか？<br>① 荘内病院・協立病院・市立図書館    ②市役所・にこふる    ③各コミセン  | 1    |
| 問8 11月27日（土）に庄内プロジェクトが中央公民館で行なう、緩和ケアの<br>市民公開講座のおもしろく、笑って元気になると評判の内容は？<br>① 榎本鶴岡市長の講演    ② 三科病院長の講話    ③がん患者の落語家 樋口さんの落語       | 3    |

-----

得点

◎ダブルチャンスに応募の方のみ記入ください。

〒

—

電話番号（ ）

住所

名前

ご意見・ご要望ありましたらご記入ください。

庄内プロジェクト

### 資料3 寸劇のシナリオと舞台配置図

東栄地区寸劇 「あなたが 家族が がんと診断されたら」 十一月二十日（土）

【背景】 田中茂（53歳）は市の健康診断を何年も受けていなかった。最近食欲がなく胸も苦しく、だいたい痩せてきたので三科医院を受診したところ、荘内病院を紹介された。診察の結果、肺がんが見つかり骨転移もあった。手術もできず化学療法で治療を行なう事になる。

#### 【シーン1】

医師は患者にがんを告知すべきかどうかの判断を田中はな（患者の妻 50歳）に相談する場面

#### 【シーン2】

医師が患者・家族に告知し、今後の治療方針と緩和ケアについての説明をする。

ポイント ・緩和ケアと早い時期からの緩和ケアを取り入れる事の大切さの説明  
パンフレット・DVDのPR

#### 【シーン3】

サポートセンターでの面談場面

ポイント ・サポートセンターの役割の説明。

#### 【シーン4】

退院後の患者の希望を確認する場面

ポイント ・患者への在宅緩和ケアの説明

#### 【シーン5】

退院カンファレンスをする場面

ポイント ・退院カンファレンスの様子と私のカルテの説明

#### 【シーン6】

在宅での訪問看護の場面

ポイント ・患者、家族が満足している。訪問看護の役割

#### 【キャスト】

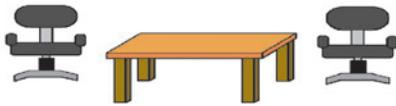
荘内病院医師	渡部 忠（地域医療連携室）
訪問医師（かかりつけ医）	石橋 学（医師）
患者 田中 茂	相庭 伸（研究員）
患者の妻 田中 はな	叶野 明美（地域医療連携室）
荘内病院看護師	高橋 友子（研究員）
訪問看護師	上野 峰（保健師）
荘内病院MSW	佐藤 久美（研究員）
ケアマネージャー	現地 誠達
ナレーション	菅原 由紀（医師会）

※ 患者と妻は庄内弁。つらく重い内容だが、ところどころ笑いを入れる。

## 配置図

## 小道具

### シーン 1



- ・医師 白衣、聴診器(自前もしくはサポートセンター準備)
- ・はな 普段着よりちょっとおしゃれ (自前)  
ハンカチ

### シーン 2



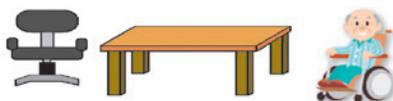
- ・医師 白衣、聴診器(シーン1と同じ)
- ・とよ シーン1の衣装をアレンジ (自前)
- ・茂 Yシャツ (自前)
- ・看護師 荘内病院ナース服 (事務局準備)  
パンフレット・DVD (事務局準備)

### シーン 3



- ・はな (シーン2と同じ)
- ・茂 Yシャツ(自前)
- ・看護師 荘内病院ナース服 (シーン2と同じ)
- ・MSW 普段着(自前)

### シーン 4



- ・医師 白衣、聴診器(シーン1と同じ)
- ・茂 ガウン (事務局準備)  
車椅子(会場より借用)

### シーン 5



- ・はな シーン1の衣装をアレンジ (自前)
- ・茂 ガウン(病院借用)、車イス(会場より借用)
- ・医師 白衣、聴診器(シーン1と同じ)
- ・看護師 荘内病院ナース服 (事務局準備)  
わたしのカルテ(事務局準備)
- ・かかりつけ医 白衣(事務局準備)
- ・訪問看護師 ハローナース服(ハローナース借用)
- ・ケアマネ 普段着(自前)
- ・MSW (シーン3と同じ)

### シーン 6

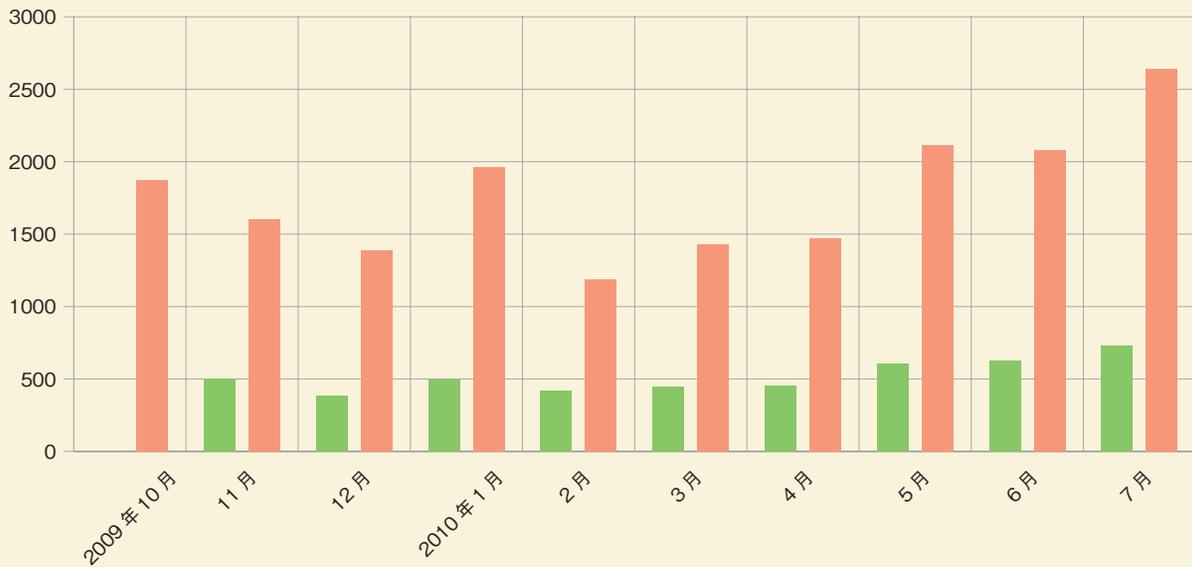


- ・はな シーン1+エプロン
- ・はな 玄関先を掃除(ほうき公民館借用)
- ・訪問看護師 ハローナース服(ハローナース借用)
- ・登 背広姿(自前) ネクタイなし

## 資料4 「庄内プロジェクト」Web サイトへのアクセス状況

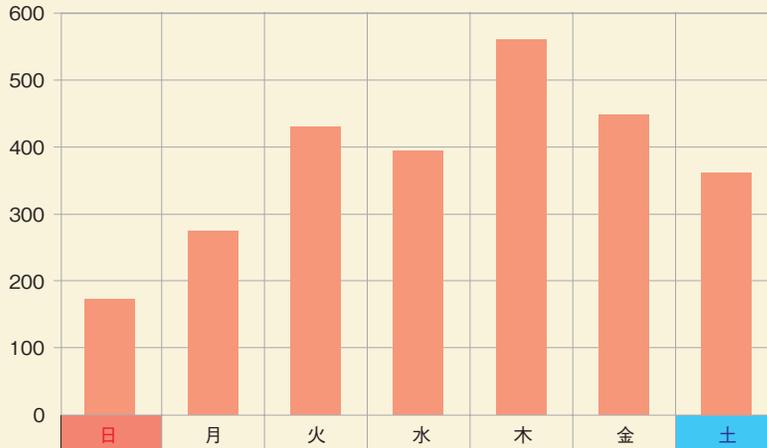
### 1. アクセス数と訪問者数

(件/人)

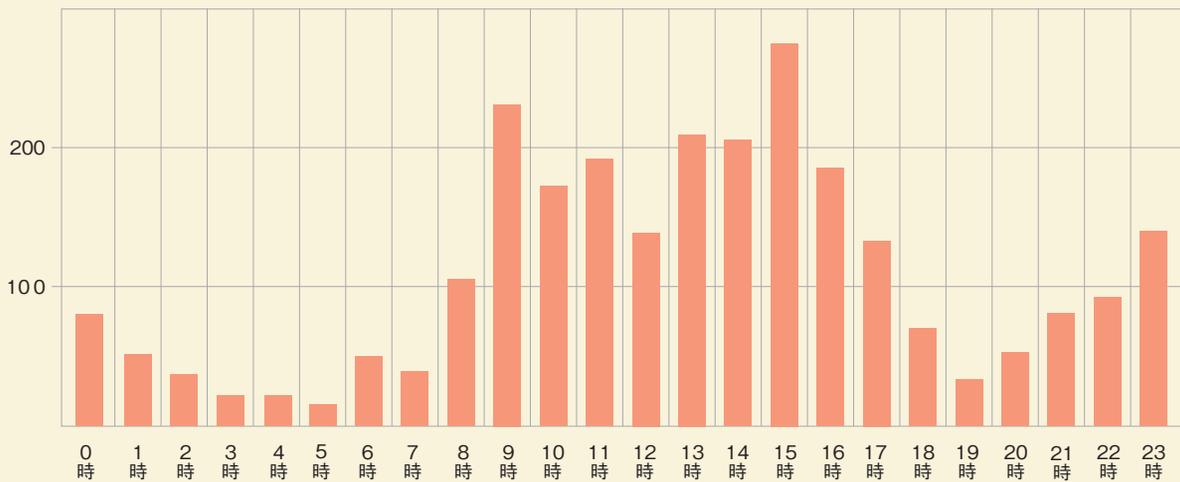


### 2. 曜日・時間別のアクセス数

(件)



(件)



■ 訪問者数 ■ アクセスした回数

資料5 改訂前後の退院支援・調整ツール

①改訂前

\*IDの印字はハッキリわかるように

退院アセスメントシート

主病名:			
治療方針(術式・化学療法名など記入) 手術・化学療法・放射線治療・その他 ( )		病期:該当に○をつけてください I・II・III・IV・不明・再発・その他	
入院日: / /	年齢	男・女	担当Ns

区分	項目	記入日: / /
疾患・症状 ○はいくつでも可	1 疼痛・その他の苦痛症状 2 せん妄 3 終末期 4 摂食・嚥下障害 5 低栄養・脱水 6 麻痺( ) 7 その他( )	
医療処置 ○はいくつでも可	1 症状のコントロール(麻薬管理) 2 気管ろう 3 吸引 4 HOT 5 注射・点滴 6 中心静脈栄養 7 PEG・経管栄養 8 腎ろう 9 褥瘡処置 10 膀胱カテーテル 11 ストーマケア 12 リハビリテーション 13 その他( )	
日常生活動作		
移動	1 歩行可(□杖 □歩行器 □つたい歩き) 2 車椅子(□座位保持可 □要介助) 3 移乗(□要介助 □立位保持可 □全介助) 4 階段昇降(□可 □不可)	
栄養	-経口摂取(□一部介助 □全介助 / 嚥下障害 □あり) 食事内容( ) -経管栄養(□経鼻 □胃ろう □経腸) 一点滴(□IVH □末梢) -ポート(□あり) -食事の準備・買い物 □介護者が実施 □要サービス	
排便	1 トイレ 2 ポータルトイレ 3 失禁、オムツ 4 その他( )	
排尿	1 トイレ 2 ポータルトイレ 3 失禁、オムツ 4 尿器□要介助 5 膀胱カテーテル 6 導尿□要介助 7 その他( )	
清潔	1 入浴:□自力 □浴槽をまたげないが一般浴室で可 □一部介助 □全介助 2 シャワー:□自力 □一般浴室で可(シャワーチェア要・否) □一部介助 □全介助	
皮膚	1 褥瘡:□あり;ステージ( ) □リスク高 2 その他( ) 3 なし	
服薬管理	何らかの介助(□見守り □確認 □セッティング)が必要	
コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. 認知障害 5. なし 6. その他( )	
必要と考えられる福祉用具等	□車いす □ポータルトイレ □電動ベッド □褥瘡マット □スロープ □入浴イス □その他( )	
希望する退院先	本人 意向 1 自宅 2 他病院 3 老建 4 特養 5 有料老人ホーム・グループホーム 6 その他( ) 7 未確認	
	家族 意向 1 自宅 2 他病院 3 老建 4 特養 5 有料老人ホーム・グループホーム 6 その他( ) 7 未確認	
家族/介護者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安等)	1 独居・介護者不在 2 高齢者世帯 3 日中独居 4 その他( ) 経済的問題: □心配なし □心配あり( ) 不安の具体的な内容	
保険情報	介護保険申請: 未・済(要支援 / 要介護) 介護保険サービス利用:あり・なし 身体障害者手帳: ( 級・障害の種類 ) 福祉医療受給:あり・なし 公費制度適用:あり・なし	
*必ず記入して下さい 相談室・退院支援Ns に相談するとしたら...	□不要 □在宅療養環境について □経済的問題について □在宅での医療処置・ケアの工夫と継続について □社会資源・医療制度等の活用について □その他( )	家族背景

②改訂後

庄内プロジェクト  
退院支援・調整スクリーニングシート

評価日 年 月 日 ( )  
 退院予定日 年 月 日 ( )  
 患者名 ( ) 男・女 年齢 ( ) 才  
 入院棟 ID ( )

■ 入院7日以内に入院棟看護師が記入してください。

■ 太枠の項目に1つ以上該当になれば、退院支援・調整の対象となります。

項目	ハイリスク群	
1.服薬管理（医療処置）ができない	できない	できる
2.介護者	なし	あり
3.ADL・IADL*	要介護	自立
4.社会復帰希望・経済的問題	あり	なし
5.認知障害	あり	なし
6.退院時予想される医療処置 1.皮下注射 2.酸素療法 3.中心静脈 4.導尿・留置カテーテル 5.褥そう・ストマ 6.胃ろう 7.気管切開 8.疼痛管理 9.その他	なし	
7.退院後の生活についてどう考えていますか 1.早く自宅に帰りたい 2.( )が整ったら自宅へ帰りたい 3.長期に入院・入所できる所を探したい 4.その他		
8.かかりつけの医師はいますか？ 1.いる（往診可/不可） _____ 医師    2.いない		
9.介護認定を受けていますか？ 要支援 1/2    要介護 1/2/3/4/5    未審査		
10.ケアマネジャーは決まっていますか？ 1.はい ( )    2.いいえ		



について不安なこと、ご希望をなどを教えてください。

分類 (A: 早期 B: 進行、再発 C: 現時点では不明)

\* IADL:手段的日常生活動作 (Instrumental ADL) の略で、ADLを基本にした日常生活上の複雑な動作のことです。具体的には、買い物や洗濯、電話、薬の管理、金銭管理、乗り物等、そして最近では趣味活動も含めるようになっていきます。

資料 6 「庄内プロジェクトについて」のチラシ

# 庄内プロジェクトについて

平成 20 年度から、全国の 4 つの地域において「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を実施しています。このプロジェクトは、地域の方々へのより良い緩和ケアをどの様にしたら提供できるかを研究するものです。  
 当地域は、「庄内プロジェクト」と呼んでいます。

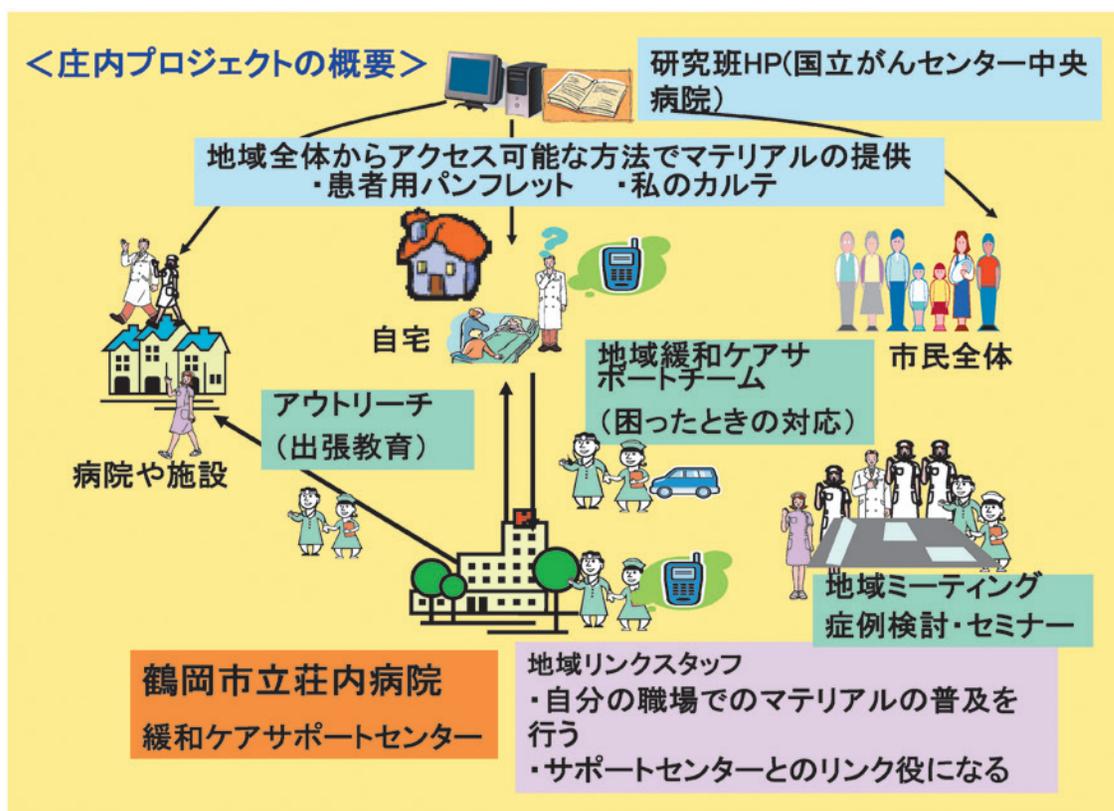
「庄内プロジェクト」の活動について

- 医療者教育 研修会・講演会の開催
- 地域連携 多職種間（病院、地域の医師・看護師、薬剤師 ケアマネジャー等）の情報共有の場を開催
- 市民啓発 講演会の開催、患者・家族会の開催
- 専門緩和ケア 緩和ケアの専門家による診療、ケアの提供



# OPTIM

Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model



## 退院支援体制について

項目内容	チェック欄
①在宅主治医を決める	
②要介護認定の申請について ケアマネジャーを決める	
③訪問看護ステーションを決める	
④退院調整会議について	
⑤「わたしのカルテ」について	
⑥Net4u について	
⑦在宅での処置がある場合、入院棟で指導を受ける	

※ご自宅へ、退院するまでに実施する内容についてご説明します。

### ①在宅主治医を決める

かかりつけ医がいる場合、その先生にお願いします。  
かかりつけ医がない場合は、相談に応じます。



### ②要介護認定の申請について

- ・介護保険のサービスを利用するためには、介護が必要かどうかの認定を受けることが必要です。
- ・サービスの内容については、ケアマネジャーが患者さんとご家族の希望を取り入れたケアプランを作ってくれるので、ケアマネジャーの方も決めた方がいいと思います。

### ③訪問看護ステーションを決める

- ・訪問看護師の看護師が自宅に訪問し、療養生活を送っている患者さんの看護を行うサービスです。
- ・訪問看護ステーションは、2ヶ所あります。(ハローナース、きずな)

### ④退院調整会議について

- ・退院前に、在宅主治医・訪問看護師や病院主治医等医療関係者と患者さん・ご家族を交えた話し合いがあります。
- ・会議では、在宅の過ごし方や急変時の対応などを、患者さんやご家族を交えて話し合い、希望を確認します。

### ⑤Net4u について

- ・患者さんが退院後、患者さんの情報をコンピューターネットワークを利用して、病院・診療所・訪問看護ステーションで共有することができます。個人情報の保護には、万全を期しております。



## II. 地域での実践 **〈柏地域〉**



### 柏地域の概要

#### 1) プロジェクトの活動の概要

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、という4本柱からなる活動が行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、マニュアルなど各種マテリアルの配布と、多職種の医療福祉従事者を対象とし

た緩和ケアセミナーが行われた。特に、地域で行われたいろいろな集まりで『ステップ緩和ケア』が必携とされ、DVD『ステップ緩和ケアムービー』を利用したセミナーが行われた。緩和ケアセミナーは、まずリンクスタッフが講習を受け、各施設で勉強会を開くことを目的として行われた。また、がん専門病院の院内向けであった教育セミナーが、地域に開放して行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る

表1 年間活動計画 (2008年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「リンクスタッフ勉強会」)			6/19 (木) 18:30~20:00 「疼痛総論—WHO方式がん性疼痛治療法」		8/21 (木) 18:30~20:00 「医療用麻薬の使い方と副作用」
	看護師向け研修会 (「がん専門病院の教育セミナー」)			6/5 (木) 17:30~19:00 「リンパ浮腫とは」	7/7 (月) 17:30~19:00 「基本的スキンケア」 7/22 (火) 「ケアの実際」	
	保険薬局薬剤師対象の研修会 (「がん治療研修会」)					
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス* (「地域がん医療連携のための症例検討会」)		5/15 (木) 19:00~20:30 「訪問診療に関わった2事例の振り返り」 「行政の立場から」		7/17 (木) 19:00~20:30 「在宅移行後に急速な呼吸困難の増悪をきたした症例」	
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座					
	がん患者・家族を対象とした料理教室 (「柏の葉料理教室」)					
システムの構築	運営委員会		5/9 (金) リンクスタッフ会議			

\*小グループの事例検討会に加えて、緩和ケアのミニレクチャーも行った

100冊」の病院や図書館への設置に加え、図書館主催による「緩和ケアを知る100冊」についての講演会も行われた。民生委員対象の講習会や、一般市民対象の健康イベントへの参加が多数行われた。がん患者・家族を対象とした、「柏の薬料理教室」も3年間を通して開催された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、地域の緩和ケアに関する相談窓口が病院外に設置され、以前より行われていた保健所主催による症例検討会をさらに多職種に拡大するかたちで、多職種カンファレンスが行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる出張コンサルテーションが行われた。

### a) プロジェクトの準備

## プログラムの進め方

2007年度から2008年度にかけて、地域の診療所や病院を訪問し、研究の説明と参加依頼を行うと同時に、リンクスタッフ選出の依頼も行った。診療所

については、在宅療養支援診療所のリストを作成して訪問した。各病院や診療所の実態が分かり、情報収集のよい機会になった。麻薬免許を持たない診療所医師が多いことも明らかになった。

2008年度は、各市町村の担当課、保健所、医師会、薬剤師会、地域包括支援センター連絡会、介護支援専門員連絡協議会、社会福祉協議会などにプロジェクトの説明を行い、協力を依頼した。その際、お互いどう協力できるかを具体的に検討した。

柏地域は、柏市、流山市、我孫子市の3市が対象だが、2007年度までは3市とも柏保健所管区であったものの、プロジェクトが開始された2008年度より柏市が中核市に移行したため、流山市および我孫子市は柏保健所管区から外れた。したがって、地域全体を束ねる構造がなくなり、プロジェクト開始時には複数の医師会や行政機関に個別に参加を依頼する必要があった。それまでの結びつきがあった柏市と異なり、他の2市については最初の連絡方法も手探り

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	10/16 (木) 18:30~20:00 「鎮痛薬の投与経路とレスキュー、鎮痛補助薬」		12/18 (木) 18:30~20:00 「前回までの復習と症例検討」		2/19 (木) 18:30~20:00 「がん性疼痛の復習」	
9/1 (月) 9/11 (木)、9/12 (金)、9/18 (木) 「ストーマケア、疼痛緩和など」	10/6 (月)、10/9 (木)、10/16 (木) 「ストーマケア、疼痛緩和の薬物療法など」	11/10 (月)、11/13 (木)、11/20 (木)「スキンケア、難治性疼痛緩和など」	12/1 (月)、12/11 (木)、12/18 (木)「スキンケア、疼痛緩和など」	1/5 (月)、1/8 (木)、1/15 (木) 「スキンケア、疼痛緩和など」	2/19 (木)「化学療法について」	
9/22 (月)「医療用麻薬の使い方、抗がん剤の服薬指導」				1/23 (金)「医療麻薬の使い方、経口抗がん剤のマネジメント、外来で行う化学療法について」		
9/18 (木) 19:00~20:30 「退院前の病院との連携がよかったケース・難しかったケース」		11/20 (木) 19:00~20:30 「訪問看護師とケアマネが往診医と連携して関わった事例の振り返り」 「がん専門病院におけるソーシャルワーカーの役割」		1/15 (木) 19:00~20:30 「壮年期がん末期で中心静脈栄養をし短期間在宅支援を実施したケース」		
		11/15 (土) 第3回市民公開講座「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」				
9/11 (木) 10:30~12:30「さわやかメニューでリフレッシュ吐き気で食欲がないとき」 9/25 (木) 10:30~12:30「体に優しいお食事(秋)一口内炎や食道炎のあるとき」	10/9 (木)「秋を感じて一味覚が変わってきたとき」 10/23 (木)「効率よく栄養をとる工夫-たくさん食べられないとき」	11/13 (木)「温かくても冷たくても美味しい食事-吐き気で食欲がないとき」 11/27 (木)「体に優しいお食事(冬)一口内炎や食道炎のあるとき」	12/11 (木)「行事を楽しむ-食欲が出ないとき」 12/18 (木)「副作用時の食事の工夫について」	1/22 (木)「冬野菜を美味しく食べる-一味覚が変わったとき」	2/12 (木)、2/19 (木)「冬を乗り切ろう-吐き気・嘔吐があるとき」 2/26 (木)「体に優しいお食事(冬)一口内炎・食道炎があるとき」	3/12 (木)、3/19 (木)「上手に使う食物繊維-下痢・便秘があるとき」 3/26 (木) 10:30~12:30「体調に応じてステップアップ-消化器術後のお食事」
						3/10 (火) 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会

であったが、徐々に協力体制を構築した。

**b) プロジェクト1年目の活動の概要 (表1)**

2008年度は、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーデ

表2 年間活動計画 (2009年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「リンクスタッフ勉強会」)			6/25 (木) 18:30~20:00 「呼吸困難」		8/20 (木) 19:00~ 「せん妄」
	看護師向け研修会 (「がん専門病院の教育セミナー」)		5/14 (木) 17:30~19:00 「せん妄」	6/3 (水), 6/9 (火) 「化学療法, リンパ浮腫など」	7/1 (水), 7/14 (火), 7/17 (金), 7/21 (火) 「リンパ浮腫, リハビリなど」	
	保険薬局薬剤師対象の研修会 (「がん治療研修会」)		5/22 (金) 19:00~21:00 「緩和・支持療法について」, 「消化器がん治療における経口抗がん剤のマネージメント」, 「外来で行う化学療法—大腸がんについて」			
	リンクスタッフが各施設で行ったセミナー		5/8 (金) 慈恵医大柏病院 「医師・看護師・コメディカルのための実践緩和ケア講座 患者にどう向き合ったらよいか」	6/2 (火) 慈恵医大 「乳がんの診断と治療について」 6/2 (火), 9 (火), 16 (火), 23 (火), 30 (火) 東葛病院 「基本原則に沿った疼痛緩和」	7/13 (月), 30 (木) 名戸ヶ谷病院 「症例発表」 「せん妄・疼痛の症例発表」 など 7/1 (水), 7 (火), 14 (火), 21 (火), 28 (火) 東葛病院 「鎮痛剤で起こりやすい主な副作用と対策」	8/5 (水) 慈恵医大 「痛みについて」 8/4 (火), 11 (火), 18 (火), 25 (火) 東葛病院 「鎮痛剤で起こりやすい主な副作用と対策」
地域緩和ケアのコーディネート・連携の促進	多職種連携カンファレンス* (「地域緩和ケア症例検討会」)		5/21 (木) 19:00~20:30 「緩和ケア病棟から地域へ」		7/16 (木) 19:00~20:30 「患者と家族の思いをつなぐコミュニケーション」	
	リンクスタッフが各施設で行った地域連携のカンファレンス			6/2 (火) 17:00~18:30 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	7/7 (火) 17:00~18:30 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座					
	がん患者・家族を対象とした料理教室 (「柏の葉料理教室」)	4/9 (木) 10:30~12:30 「自分に合う味を見つけよう—味覚変化があるとき」 4/23 (木) 10:30~12:30 「少量で栄養アップ—食欲不振のとき」	5/14 (木) 「貧血が心配な方のお食事の工夫」 5/28 (木) 「食事の衛生的な取り扱いについて—白血球が減少したとき」	6/11 (木) 「食欲不振時のお食事—嗅覚が敏感なとき」 6/25 (木) 「刺激の少ないお食事—口内炎・食道炎があるとき」	7/9 (木) 「吐き気がある方のお食事」 7/23 (木) 「下痢・便秘がある方のお食事—食物繊維の摂り方」 7/30 (木) 「がん予防&健康的な食生活」	8/13 (木) 「味覚変化がある方のお食事」 8/27 (木) 「食欲不振時のお食事」
システムの構築	運営委員会	4/16 (木) 18:30~20:30 リンクスタッフ会議			7/16 (木) 20:45~21:30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会	

\*小グループの事例検討会に加えて、緩和ケアのミニレクチャーも行った

イネーション・連携の促進, ④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供の4本柱のうち, まず「緩和ケアの技術・知識の向上」のためのプログラムが開始された。「リンクスタッフ勉

強会」が隔月で開催され, 痛みについての知識を持つことが目標とされた。国立がん研究センター東病院(2010年4月に国立がんセンター東病院より名称変更)の看護師を対

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	10/15(木) 19:00~ 「死が近づいた時のケア」 DVD視聴と解説「これからの過ごし方」		12/17(木) 19:00~ 「悪い知らせの伝え方」 DVDによる解説「ロールプレイ」		2/18(木) 19:00~ 「がん性疼痛と治療の理解」	
9/1(火), 9/2(水), 9/7(月), 9/15(火), 9/29(火) 「疼痛緩和, スキンケアなど」	10/5(月), 10/6(火), 10/7(水) 「疼痛緩和(薬物療法), スキンケアなど」	11/2(月), 11/5(木), 11/9(月), 11/16(火), 11/26(木), 11/27(金) 「神経障害性疼痛, 失禁ケアなど」	12/1(火) 「疼痛緩和(症例検討)」	1/12(火) 「社会的苦痛への看護」		
	10/9(金) 19:00~ 21:00 「乳がんの病態と治療-ホルモン療法を中心に」, 「お薬手帳を用いた経口抗がん剤服用管理と情報提供について」				2/12(金) 19:00~ 21:00 「肺がん薬物治療-経口抗がん剤を中心に」	
9/1(火) 東葛病院 「鎮痛剤で起こりやすい主な副作用と対策」	10/5(月) 名戸ヶ谷病院 「症例検討会報告」 「地域医療について」		12/14(月) 我孫子市介護支援専門員連絡協議会 「症例発表」			
9/17(木) 19:00~ 20:30 「在宅医療に関して本人と家族にずれがあった場合の医療関係者からの支援について考える」		11/19(木) 19:00~ 20:30 「介護力がない家族が在宅看取りできた事例」		1/21(木) 19:00~ 20:30 「高齢で独居の術後患者に対する在宅支援-多職種との連携」		
9/1(火) 17:00~ 18:30 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	10/6(火) 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」 10/16(金) 介護支援専門員研修会 「医療と介護の連携・調整とは」 10/29(木) 名戸ヶ谷病院 「地域連絡会議」	11/6(金) 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	12/1(火) 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	1/15(金) 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	2/2(火) 慈恵医大 「在宅調整事例検討会」	
	10/24(土) 13:30~ 16:30 講演「適切な情報につながるために-情報収集の知恵と工夫」 講演「がん患者家族のこころ」 講演「がん患者・家族総合支援センターの紹介」					
9/10(木) 「消化器術後のお食事-体調に応じたステップアップ」 9/17(木) 「口内炎がある方のお食事」	10/1(木) 「吐き気がある方のお食事」 10/29(木) 「貧血がある方のお食事」	11/12(木) 「味覚変化がある方のお食事」 11/26(木) 「食欲不振時のお食事」	12/10(木) がん予防のための「健康料理教室」 講演「がん予防と食生活」 12/17(木) 「口内炎がある方のお食事」	1/14(木) 「吐き気がある方のお食事」 1/28(木) 「下痢・便秘がある方のお食事」	2/4(木) 「味覚変化がある方のお食事」 2/25(木) 「食欲不振がある方のお食事」	3/11(木) 「消化器術後のお食事」 3/18(木) がん予防のための「健康料理教室」 講演「がん予防と食生活」 3/25(木) 「口内炎・食道炎がある方のお食事」
	10/15(木) 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会 10/29(木) 18:30~ 20:30 リンクスタッフ会議	11/19(木) 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会		1/21(木) 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会	2/18(木) 20:30~ 21:30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会	

象として行われていた「がん看護スペシャリストコース・基礎編」が地域に公開された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、リーフレット・ポスターの配布、「緩和ケアを知る100冊」の市立図書館などへの設置、市民公開講座が行われた。8月には「がん患者・家族総合支援センター」が病院外に開設され、電話や対面での相談業務が開始された。民生委員対象の講演会や、一般市民対象の健康イベントへの参加も行われた。9月からは、がん患者およびその家族を対象とした「柏

の薬料理教室」が開催された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、多職種が参加して、「地域がん医療連携のための症例検討会」が行われた。グループワークが取り入れられ、他職種同士がお互いの仕事について知るための「みんなの声」が毎回行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームが設置された。

年度末には、「柏地域緩和ケアプログラム運営委員会」

表3 年間活動計画（2010年度）

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会（「リンクスタッフ勉強会」）			6/17（木）19：00～20：30 「どんな時でも命は輝く」		8/19（木）19：00～20：30 「がん患者さんのうつと不安への初期対応」
	看護師向け研修会（「がん専門病院の教育セミナー」）			6/8（火）、6/14（月）、6/16（水） 「スキンケア、接触・嚥下障害の看護など」	7/5（月）、7/13（火）、7/21（水） 「スキンケア、口腔ケアなど」	
	保険薬局薬剤師対象の研修会（「がん治療研修会」）		5/28（金）19：00～20：30 「医療用麻薬の基礎知識」			
	リンクスタッフが各施設で行ったセミナー			6/8（火）、11（金）、21（月）慈恵医大 「事例検討、退院調整など」 6/8（火）東葛病院 「がん疼痛コントロールについて」	7/1（木）、9（金）、14（水）、16（金）慈恵医大 「緩和ケアについて」 「在宅で使えるサービス」 「がん化学療法の基礎知識」	
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス*（「地域緩和ケア症例検討会」）		5/20（木）19：00～20：30 「薬剤師が関わったがん患者の症例について」		7/15（木）19：00～20：30 「地域で生きること・食糧の支援」	
	リンクスタッフが各施設で行った地域連携のカンファレンス		5/26（月）地域包括支援センター 「医療職連携会議」		7/27（火）柏市医師会 「柏市医療懇談会：柏市における在宅医療の現状と課題」	
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座					
	がん患者・家族を対象とした料理教室（「柏の薬料理教室」）	4/8（木）10：30～12：30 「吐き気がある方のお食事」 4/22（木）10：30～12：30 「味覚変化がある方のお食事」	5/13（木）「食欲不振がある方のお食事」 5/27（木）「貧血がある方のお食事」	6/10（木）「口内炎がある方のお食事」 6/24（木）「吐き気がある方のお食事」	7/8（木）「味覚変化がある方のお食事」 7/22（木）「下痢・便秘がある方のお食事」 7/29（木）「がん予防と食生活」	8/12（木）「食欲不振のお食事」 8/26（木）「口内炎がある方のお食事」
システムの構築	運営委員会	4/15（木）18：30～20：30 リンクスタッフ会議	5/20（木）20：30～21：30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会		7/15（木）20：45～21：30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会	8/19（水）20：45～21：30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会

\*小グループの事例検討会に加えて、緩和ケアのミニレクチャーも行った

で来年度の計画が立案された。プロジェクト終了後の活動継続を踏まえたものであった。柏地域の課題は「地域がんと医療連携のための症例検討会」で抽出されていたが、参加者が100名を超す症例検討会では問題解決に向けた具体的な話し合いは難しかった。したがって、リンクスタッフから約30名の有志が募られ、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、介護支援専門員が参加した。さらに、抽出された課題の解決に取り組む3つの委員会も設置された。「患者や一般市民に対する緩和ケアや在宅療養の情報提

供が十分でない」という課題については「情報提供グループ」が、「患者が在宅療養に移行する際在宅側に患者情報が十分に伝わらない」という課題については「情報共有グループ」が、「病院職員に在宅療養の視点や知識が乏しい、退院調整がスムーズにいかない」という課題については「退院調整・連携グループ」が中心となって取り組むこととなった。

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	10/21 (木) 19:00~20:30 「終末期におけるコミュニケーション」		12/16 (木) 19:00~20:30 「リンパ浮腫」		2/18 (木) 19:00~20:30 「3年間の総括、意見交換」	
9/7 (火), 9/13 (月), 9/14 (火), 9/15 (水), 9/17 (金) 「疼痛緩和、意思決定支援など」	10/1 (金), 10/5 (火), 10/20 (水) 「臨床薬理、リンパ浮腫など」	11/2 (火), 11/19 (金) 「神経障害性疼痛、ストーマ瘻孔ケアなど」	12/7 (火), 12/17 (金) 「疼痛緩和、ストーマ瘻孔ケアなど」		2/9 (水) 「せん妄」	
	10/15 (金) 19:00~20:30 「TS-1 服用に関するアンケート調査の集計報告」「がん化学療法に伴う悪心・嘔吐と対策」「コミュニケーションスキル」					
9/14 (火), 27 (月) 慈恵医大 「事例検討」「退院調整について」「がん化学療法の基礎知識II」など	10/18 (月), 29 (金) 慈恵医大 「退院調整について」「在宅で使えるサービス」	11/9 (火) 慈恵医大 「事例検討」	12/3 (金), 14 (火) 慈恵医大 「疼痛コントロール」「事例検討」など		2/8 (火) 慈恵医大 「事例検討」	
9/16 (木) 19:00~20:30 「終末期患者へのリハビリ事例・チームアプローチで自宅退院できた症例を通して」		11/18 (木) 19:00~20:30 「がんの終末期の方への地域包括支援センターの関わりについて」		1/20 (木) 19:00~20:30 「在宅と病院との連携について」		
	10/25 (月) 地域包括支援センター 「ケアマネジャーと医療との連携を考える勉強会」			1/28 (金) 柏市介護支援専門員連絡協議会 「在宅チーム交流会」		
	10/30 (土) 13:00~16:00 がんになっても安心して暮らせるまちづくり「明日のがん治療」					
9/9 (木)「消化器術後がある方のお食事」 9/30 (木)「吐き気がある方のお食事」	10/14 (木)「味覚変化がある方のお食事」 10/28 (木)「食欲不振がある方のお食事」	11/11 (木)「貧血がある方のお食事」 11/25 (木)「口内炎がある方のお食事」	12/9 (木)「がん予防と食生活」 12/16 (木)「吐き気がある方のお食事」	1/13 (木)「下痢・便秘がある方のお食事」 1/27 (木)「味覚変化がある方のお食事」	2/10 (木)「食欲不振がある方のお食事」 2/24 (木)「消化器術後の方のお食事」	3/10 (木)「がん予防と食生活」 3/31 (木)「吐き気がある方のお食事」
	10/21 (水) 20:45~21:30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会	11/18 (水) 20:45~21:30 柏地域緩和ケアプロジェクト運営委員会				

### c) プロジェクト2年目の活動の概要 (表2)

2009年度は、「がん患者・家族・住民への情報提供」に特に力が入れられた。がん患者・家族総合支援センターでは、がん患者・家族を支援するグループに協力することを目的に、グループへの会場提供が開始され、患者会など複数のグループが利用した。一般市民対象の健康イベントへの参加も行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、継続して「リンクスタッフ勉強会」が、リンクスタッフが自施設で緩和ケアの教育ができることを目標に開催された。リンクスタッフ勉強会から派生し、リンクスタッフが所属施設で独自に行うセミナーも開催されるようになった。「がん看護スペシャリストコース・基礎編」に加え、国立がん研究センター東病院による、保険薬局の薬剤師を対象とした「がん治療研修会」など、職種別のセミナーも行われた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、「がん患者・家族総合支援センター」の開設1周年記念イベントが開催され、センターの取り組みが広報された。また、「地域がん医療連携のための症例検討会」が、「地域緩和ケア症例検討会」と名称変更して継続して開催された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる出張コンサルテーションが行われた。

### d) プロジェクト3年目の活動の概要 (表3)

2010年度も、2009年度のプログラムの多くが継続して行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、「リンクスタッフ勉強会」が引き続き行われ、がん性疼痛以外への緩和ケアと、コミュニケーションについて理解できることが目標とされた。リンクスタッフ主導による各施設でのセミナーも実施された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、「柏の葉料理教室」や患者・家族をサポートするさまざまなグループへの活動場所の提供が継続された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」としては、地域緩和ケア症例検討会が引き続き行われた。また、行政と医療福祉従事者との連携を目的に、「柏市医療懇談会」が開かれた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームによる出張コンサルテーションが行われた。



# プロジェクトの4本柱ごとの記録

## 1) 緩和ケアの技術・知識の向上

### a) マニュアル・症状評価ツール

柏地域では、3年間に、ポケット版の緩和ケアマニュアルである『ステップ緩和ケア』が累計5099冊、ステップ緩和ケアの実践が映像で示されたDVD『ステップ緩和ケアムービー』が累計535部配布された(図1)。症状ごとに作成された患者・家族用パンフレットは累計41673枚配布され、苦痛の系統的な評価シートである「生活のしやすさに関する質問票」は累計1660枚配布された(図2)。患者・家族用パンフレットでは、「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「定期使用の鎮痛剤を使っても痛みがあるとき」「これからの過ごし方について」の使用頻度が高かった(図3)。

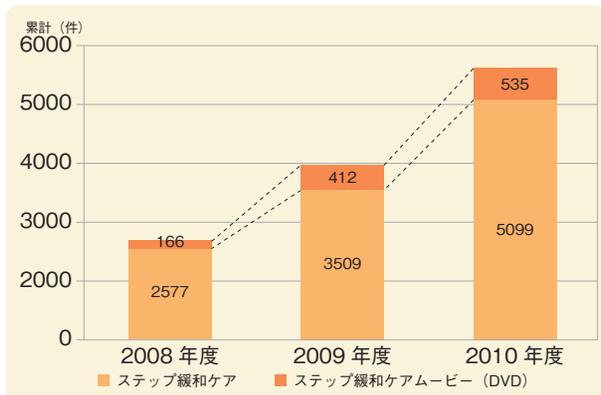


図1 ステップ緩和ケア・ステップ緩和ケアムービーの配布数

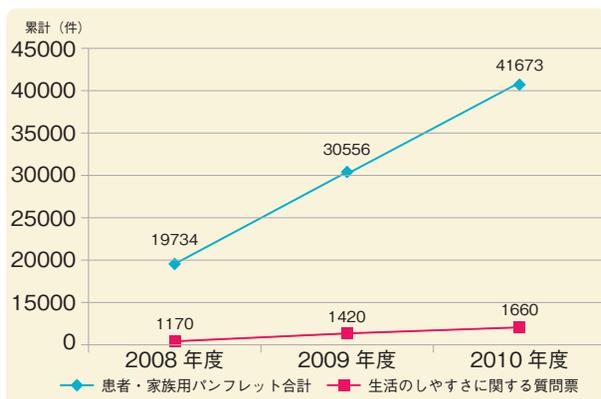


図2 患者・家族用パンフレット、評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」の配布数

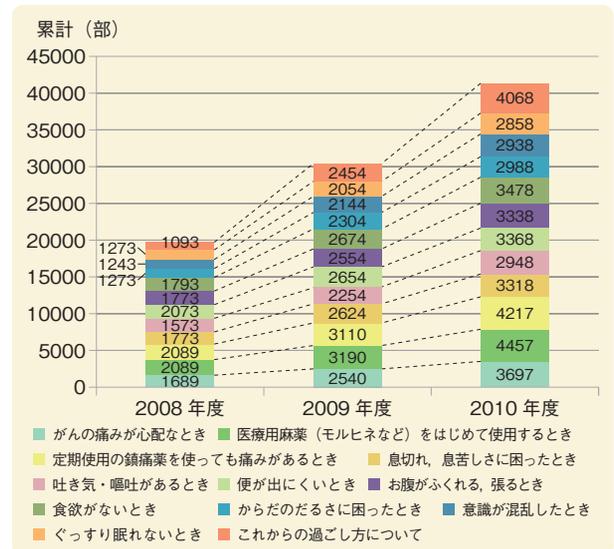


図3 患者・家族用パンフレットの種類ごとの配布数

## プログラムの進め方

配布方法としては、プロジェクト開始時に参加施設への一斉配布が行われたほか、リンクスタッフ (p.23 参照) がそれぞれ研究班事務局に依頼して自施設で受け取ることも可能なことがアナウンスされた。「リンクスタッフ勉強会」や「地域がん医療連携のための症例検討会」などの地域での集まりに参加する時には、「ステップ緩和ケア」を必携してもらうように依頼した。

パンフレット「これからの過ごし方について」は、がん患者を日頃それほどみていない医療福祉従事者に「非常に勉強になる」と好評だった。また、訪問看護ステーションのスタッフからは、「現場で患者家族に説明する際に役立った」という声が多く聞かれた。

### b) 緩和ケアに関するセミナー

柏地域では、3年間に、OPTIM が企画した緩和ケアに関するセミナーが合計42回開催され、参加者は延べ2942名であった(図4)。参加者の37%が看護師であり、13%が薬剤師、11%が医師であった。このほかに、OPTIM 以外

の実施主体が企画した緩和ケアに関するセミナーとして、把握できたものとして合計 80 回のセミナーが開催され、参加者は延べ 2401 名であった (図 5)。また、都道府県とがん診療連携拠点病院が行う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が合計 6 回行われ、参加した医師は延べ 148 名であった (図 6)。

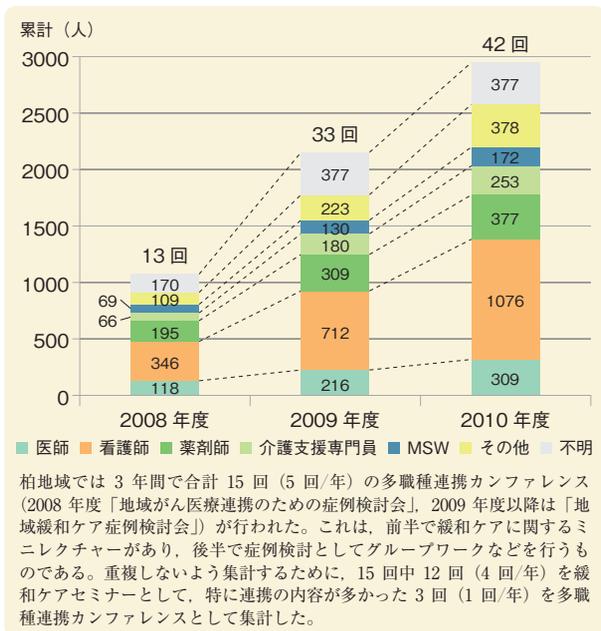


図 4 OPTIM が企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

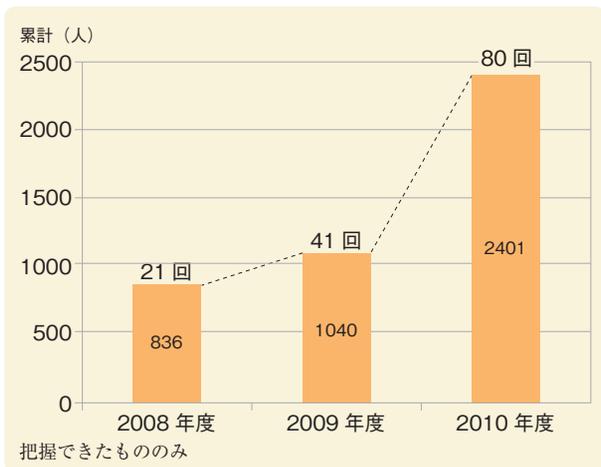


図 5 OPTIM 以外が企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

医療福祉従事者対象の緩和ケアセミナーとして、2008 年度から「リンクスタッフ勉強会」が行われた。リンクスタッフが自施設で緩和ケアに関するセミナーを行えることを目的として、年度ごとの目標が定められた。勉強会は毎回、60 分の講義と 30 分の質疑・実習で構成され、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどが参加した。

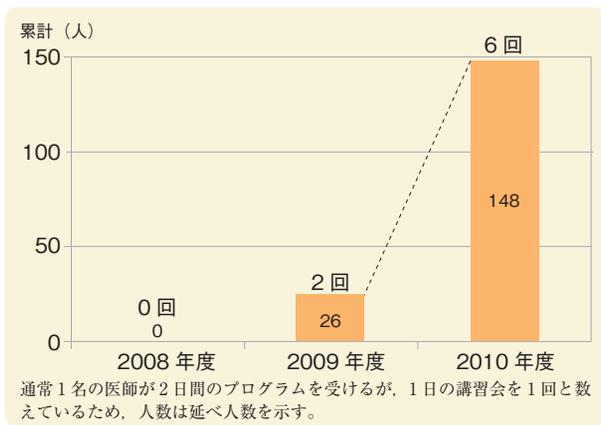


図 6 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の回数・参加人数

### ㉓ 2008 年度

2008 年度の「リンクスタッフ勉強会」は 6 月から隔月で 5 回開催され、「がん性疼痛と治療を理解する」「麻薬の種類と使い方を理解する」が目標とされた。テーマは第 1 回が「疼痛総論—WHO 方式がん性疼痛治療法」で参加者は 67 名、第 2 回が「医療用麻薬の使い方と副作用」で参加者 60 名、第 3 回が「鎮痛薬の投与経路とレスキュー、鎮痛補助薬」で参加者 68 名、第 4 回が「前回までの復習と症例検討」で参加者 62 名、第 5 回が「がん性疼痛の復習」で参加者 44 名であった。『ステップ緩和ケア』を教材に、基本的な緩和ケアに関する技術・知識を学ぶ勉強会とされた。

### ㉔ 2009 年度

2009 年度の目標は「自施設で、がん性疼痛についての講義が開催できるようになる」とされ、前年度と同様に年間 5 回開催された。テーマは第 1 回が「呼吸困難」で参加者 59 名、第 2 回が「せん妄」で参加者 66 名、第 3 回が「死が近づいた時のケア」で参加者 57 名、第 4 回が「悪い知らせの伝え方」で参加者 57 名、第 5 回が「がん性疼痛と治療の理解」で参加者 45 名であった。DVD を編集したものが講義で使用された。

### ㉕ 2010 年度

2010 年度の目標は「がん性疼痛以外の緩和ケアを理解し、コミュニケーションについて知る」とされ、年間 5 回開催された。テーマは第 1 回が「どんな時でも命は輝く」で参加者は 98 名、第 2 回が「がん患者さんのうつと不安への初期対応」で参加者は 57 名、第 3 回が「終末期におけるコミュニケーション」で参加者 51 名、第 4 回が「リンパ浮腫」で参加者 39 名であった。第 5 回は、OPTIM の 3 年間の総括や意見交換、今後の地域連携についての話し合いがテーマとされ、38 名が参加した。2010 年度には、がん告知の際のコミュニケーションに関するロールプレイが取り入れられた。

## プログラムの進め方

リンクスタッフ勉強会は、2007年度まで、柏地域で開催されていた保健所主催による「在宅がん医療のための症例検討会」に参加が少なかったため、もっと実践的な緩和ケアの知識をつけられるような勉強会で参加を増やす目的も兼ね、移行するように企画した。

開催は隔月で、「症例検討会」のない月に設定した。曜日は、これまで「症例検討会」を木曜日に行っていたため、木曜日にはOPTIMに関連した研修会が何かしら開催されるという認識が地域にできてきたこと、診療所の休診日で診療所医師が参加しやすいことから、木曜日に設定した。

2008年度までにDVDがあまり見られていないことが分かったため、2009年度の途中からは、勉強会のスライドの中で必ずDVDを紹介した。年度ごとに目標を掲げて勉強会を行ったため、リンクスタッフの緩和ケアに関する意識は非常に高くなり、自施設での緩和ケアに関する相談を受ける医師も現れた。熱心な参加者が多く、年度の終わりには、1年間の勉強会にすべて出席したリンクスタッフの表彰を行った。

### c) 柏地域独自の取り組み

#### ㊦がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 (PEACEプログラム)

2009年度、東京慈恵会医科大学附属柏病院で開催された「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」(PEACEプログラム)では、院外からの参加者を含む医師が参加した。2010年度には、国立がん研究センター東病院、東京慈恵医科大学附属柏病院、東葛病院でPEACEプログラムが開催され、OPTIMの紹介も行われた。

## プログラムの進め方

PEACEプログラム開催時には必ずOPTIMの資料を配付し、がん診療連携拠点病院以外の病院でも、OPTIMの一環として国立がん研究センター東病院のスタッフが講師を務めるための教育プログラム開催が可能なことを伝えた。国立がん研究センター東病院や東葛病院での開催時には、診療所医師も参加しやすいよう、連休を利用した。

#### ㊦出張緩和ケア研修

OPTIMプロジェクト開始から3年間、地域の医療福祉施設や団体からの依頼に応じ、緩和ケア専門家による出張緩和ケア研修が行われた。対象となったのは、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員、病院職員、保健師、保険薬局の薬剤師などであった。研修では、「がんターミナルにおける精神面のアセスメントと対応のポイント」「がん患者を支える心」「医療用麻薬の使い方」「抗がん剤の服薬指導」などがテーマとされた。

#### ㊦リンクスタッフが各施設で行ったセミナー

2008年度の5回のリンクスタッフ勉強会終了後、2009年度からは各所属施設でリンクスタッフ主催の勉強会が開催された。

##### (1) 2009年度

2009年度、東京慈恵会医科大学附属柏病院では5月8日に、医師・コメディカルのための実践緩和ケア講座が開催され、149名が参加した。「患者にどう向きあったらよいか」というテーマでの講演が行われた。6月2日には、乳がんの診断と治療についての勉強会が開催され、20名が参加した。8月5日には痛みについての勉強会が行われ、30名が参加した。

名戸ヶ谷病院では、7月13日にOPTIMについての説明や症例発表が行われ、37名が参加した。7月30日に開催された勉強会は、院内の非常勤職員が参加しやすい日時に設定された。せん妄・疼痛についての症例発表が行われ、34名が参加した。10月5日に開催された勉強会では、リンクスタッフがOPTIMの勉強会で学んだことを看護集会で発表し、28名が参加した。

東葛病院では、6月から7月にかけて6回にわたり、「基本原則に沿った疼痛緩和」をテーマとした勉強会が、実際の事例を交えながら行われた。毎回10名前後が参加した。7月から8月にかけては「鎮痛剤で起こりやすい主な副作用と対策」として、便秘、嘔気、嘔吐、眠気、呼吸抑制、精神症状についての勉強会が開催された。3~16名が参加した。9月にも勉強会が行われた。

##### (2) 2010年度

2010年度は、国立がん研究センター東病院で、6月~2月にかけて在宅支援をテーマとした実践での勉強会が開催された。

東京慈恵会医科大学附属柏病院では、6月~2月にかけ、「退院調整事例検討会」「在宅調整研修会」「緩和ケアについての勉強会」「がん化学療法の基礎知識についての勉強会」などが、グループワークを交えて開催された。毎回10~40名の参加があった。

東葛病院では、6月8日に、がん疼痛コントロールについて

での勉強会が開催され、36名が参加した。

### ㊦がん専門病院の教育セミナーの地域への公開（「がん看護スペシャリストコース・基礎編」）

認定看護師と専門看護師計17名という国立がん研究センター東病院の専門性の高い人材を生かし、知識や技術を地域に還元するとともに、困難な事例について相談を受けるきっかけとすることを目的に、2008年度より、がん看護スペシャリストコースが地域に公開された（図7）。「がん性疼痛緩和」「スキンケア」「化学療法」「生活支援」の4つのコースが、それぞれ月に1度、17時半から19時にかけて開催された（資料1）。2009年度、2010年度も、テーマを少しずつ変えながら開催され、毎回10名ほどが参加した。講師は、院内の認定・専門看護師のほか、せん妄については精神科の医師が、臨床薬理については薬剤師が務めた。緩和ケアに関することのみならず、がん治療に関するテーマが広範囲に取り上げられた。

## プログラムの進め方

もともとこの教育プログラムは、国立がん研究センター東病院の看護師を対象として、看護部主催で2006年度に開設された。2007年度には、基礎編を学んだ認定看護師がさらに応用を学べるようにと、「化学療法に際しての心理的・社会的アセスメント」「皮膚・排泄ケア」「褥瘡・ストーマ・瘻孔ケア」からなる応用編との二段階にされていた。2008年度より、この基礎編が地域へと公開された。

地域の看護師にとって、17時半からの開始は早いようだったが、毎回、開始から30分以内には受講者全員が集まった。4回の受講で1コースが修了するかたちがとられ、1～3回目は講義形式、4回目はグループワークでの事例検討を行った。グループワークは、1カ月前に事例を提示し、参加者は課題についてのアセスメントを持ち寄ったうえで臨んだ。講師を務めた院内の看護師からも「実践の幅が広がる」という声が聞かれた。また、認定看護師を目指す地域の看護師からの相談や、具体的な事例の相談も寄せられた。



図7 「がん看護スペシャリストコース・基礎編」の様子

### ㊦保険薬局対象のがん専門病院が行う研修会（「がん治療研修会」）

2008年度から、国立がん研究センター東病院が行う保険薬局対象の研修会「がん治療研修会」が実施された。研修会では、がんセンターの薬剤師が毎回講師を務めた。たとえば、2009年5月は「緩和・支持療法について」「消化器がん治療における経口抗がん剤のマネジメント」「外来で行う化学療法—大腸がんについて」がテーマとされ、54名が参加した。10月は「乳がんの病態と治療—ホルモン療法を中心に」「お薬手帳を用いた経口抗がん剤服用管理と情報提供について」がテーマとされ、50名が参加した。2月は「肺がん薬物治療—経口抗がん剤を中心に」がテーマとされ、50名が参加した。

2010年度は、5月に「医療用麻薬の基礎知識」をテーマにした研修会が開催され、69名が参加した。10月は「TS-1服用に関するアンケート調査の集計報告」「がん化学療法に伴う悪心・嘔吐と対策」「コミュニケーションスキル」がテーマとされ、54名が参加した。

## プログラムの進め方

OPTIMプロジェクトの運営にかかわっているコアメンバーは、薬剤師会とほとんど接点がなかったため、病院の薬剤部から薬剤師会に声かけを依頼した。研修会は、国立がんセンター東病院の薬剤部主催で行った。2009年度は薬剤師会からの情報提供が中心だったが、2010年度はそこから一歩広げ、コミュニケーションなど広いスキルを身につけるための内容とした。グループワークを行った回もあったが、質問が多いため、ほとんどの回で講義形式がとられた。

## 2) がん患者・家族・住民への情報提供

### a) リーフレット・冊子・ポスター

がん患者・家族・住民を対象とした緩和ケアの啓発として、リーフレット、冊子、ポスター、DVD『我が家へ帰ろう』、『緩和ケアを知る100冊リスト』が配布された。柏地域では、3年間で、リーフレット6690部、冊子11070冊、ポスター2904枚、DVD『我が家へ帰ろう』446部、『緩和ケアを知る100冊リスト』2148冊が配布された（図8）。

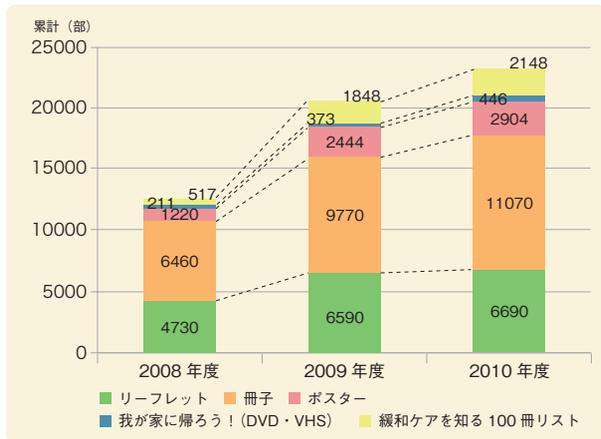


図8 リーフレット・冊子・ポスターなどの配布数

配布方法としては、OPTIM 参加施設への一斉配布、行政を通しての配布のほか、がん患者・家族総合支援センターが実施した患者や市民対象の講演会などでは必ずリーフレットと冊子がセットで配布された。

設置施設（2010年度）は、医療機関101カ所（病院・診療所・訪問看護ステーション・保険薬局）、福祉・介護施設44カ所（居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなど）、公的機関88カ所（市役所・公民館・図書館など）、その他13カ所、合計246カ所であった（表4）。

## プログラムの進め方

リーフレットや冊子を集めてコーナーをつくっている施設では、コーナーに人が集まっているようだったが、補充などの管理が難しいとの声も聞かれた。

2009年度からは、ポスターの貼り替え時期に合わせて、リンクスタッフの所属施設にポスターを郵送し、掲示を依頼した。介護施設などからは、「自施設で取り組みがされていない緩和ケアについてのポスターを掲示するには、勇気がいる」という意見もあった。規模の小さな施設からは、「ポスターのサイズが大きいので、

スペースがなく貼りづらい」という声も聞かれた。ポスターを見た人からの直接の問い合わせはなかった。

国立がん研究センター東病院では、従来から使われている患者用パンフレット類が多数あったため、OPTIM で作成されたものと既存のものとを併せた運用が難しかった。パンフレット類がまったくなかった施設では、患者への説明用として活用されたようだった。

表4 リーフレット・冊子・ポスターの設置施設数

医療機関	101
福祉・介護施設	44
公的機関	88
その他	13
合計	246

### b) 映像メディア

DVD『我が家へ帰ろう』は、入院患者が家に帰れるという安心感をもてることを目的につくられた。医療施設では、病棟のベッドサイドの院内テレビで放映されたり、看護部の図書館に置かれたりした。がん患者・家族総合支援センターでは希望者に配布された。また、市民公開講座では、開始時間前と休憩時間に放映され、希望者には配布された。2010年度には、緩和ケアチームの診察時、必要な患者に視聴が勧められた。

### c) 図書「緩和ケアを知る100冊」

「緩和ケアを知る100冊」は2008年度、地域の4カ所の図書館と9カ所の医療施設に設置された（図9）。

がん患者・家族総合支援センターでは、テーマ別に100冊が置かれた。貸し出しはしなかった。見学者には『緩和ケアを知る100冊リスト』が手渡されたが、利用はあまり進まなかった。



図9 「緩和ケアを知る100冊」設置の様子

## d) 講演会

### ① 市民公開講座

市民を対象とした緩和ケアの講習会として、柏地域では、3年間の累計で28回開催され、1803名が参加した（図10）。

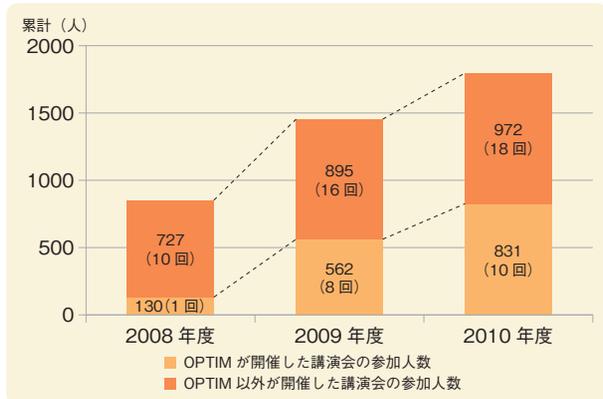


図10 OPTIMとOPTIM以外が開催した市民対象講演会

市民公開講座は、国立がん研究センター東病院でOPTIM開始以前から行われていた市民公開講座を継続するかたちで、毎年開催されているオープンキャンパスに合わせて実施された。全体のテーマは、3年間を通して「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」とされた（図11）。

2008年度は11月15日に開催され、130人が参加した。がんの予防や検診、食事まで、がん全般にかかわる講演が行われ、最後に質疑応答および意見交換が行われた。がん患者・家族総合支援センターの紹介も盛り込まれた。

2009年度は10月24日に開催され、131人が参加した。「適切な情報につながるために—情報収集の知恵と工夫—」「がん患者家族のこころ」と題した講演が行われた。終了後の質問紙調査では、9割を超える参加者が、市民公開講座全体を「とても役に立った」「役に立った」と回答した（図12）。

2010年度は10月30日に開催され、170名が参加した。「明日のがん治療」についての講演が行われた。

## プログラムの進め方

市民公開講座開催後は、当日使用されたスライドなども含めた質疑応答集を作成した（図13）。質疑応答は、あらかじめ用紙に質問を記入してもらい、時間内に取り上げられなかったものについては、質疑応答集の誌面で回答するようにした。

国立がん研究センター東病院のスタッフだけでなく、

医師会や行政からも演者を招き、地域全体で緩和ケアに取り組んでいることを示せるよう工夫した。

開催日は土曜日の13時から16時に設定した。講演内容によってがん患者の参加が多そうだと予想される場合、長時間のプログラムには配慮が必要だと思われた。



図11 市民公開講座のチラシ

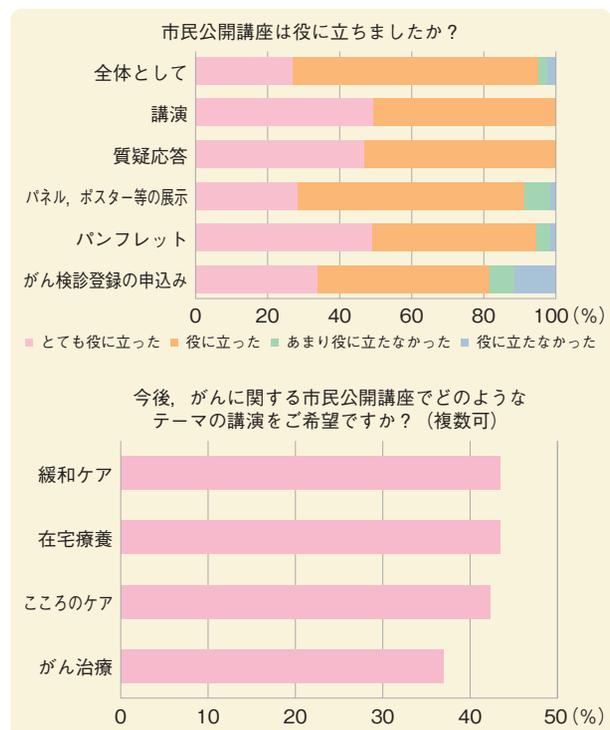


図12 市民公開講座の評価 (n=130)



図 13 市民公開講座の質疑応答集

### e) 地域メディア (資料 2)

2008年1月から2月にかけて、プロジェクト開始を伝える記事が、千葉日報、読売新聞、『広報かしわ』、柏市民新聞、東京新聞、毎日新聞などに掲載された。7月には、柏市立図書館の「緩和ケアを知る100冊コーナー」の紹介記事が、朝日新聞、日経新聞などに掲載された。また、8月と、2010年6月には、BS朝日のテレビ番組『鳥越俊太郎 医療の現場!』に取り上げられた。9月には、がん患者・家族総合支援センター開設が『東葛まいにち』で紹介された。

2009年度のがん患者・家族総合支援センター開設1周年記念イベント開催の際には、センターの紹介記事が読売新聞や柏市民新聞など複数の新聞に掲載された。健康料理教室の紹介記事も、朝日新聞などに掲載された。

2010年度には、市民公開講座の開催案内などが、柏市民新聞や、柏市、流山市、我孫子市の広報誌などに複数掲載された。

## プログラムの進め方

がん医療に興味を持つ新聞記者に別の新聞記者を紹介してもらったり、記者クラブへのプレスリリース配布の仕方を聞いたりして、OPTIMの活動が記事に取り上げられる機会を増やした。プロジェクトそのものの広告よりも、イベント活動の紹介記事が掲載されたときの方が、市民からの反応はよかった。特に、がん患者・家族総合支援センターの活動が取り上げられた際の反応は大きく、多数の相談がセンターに寄せられた。市民への周知が十分でない取り組みについては、定期的にメディアに取り上げられるような工夫が必要だと思われた。

### f) 柏地域独自の取り組み

#### a) 民生委員対象の講演会

地域の民生委員に緩和ケアに関する知識を持ってもらうことで、地域で緩和ケアを必要としている人に情報が届きやすくなることを目的に、社会福祉協議会を通じて緩和ケア全般についての講演会が実施された。

2008年度は12月5日、1月14日の2回開催され、20名前後が参加した。2009年度は8月10日、10月6日、10月14日、12月12日に開催され、15～50名が参加した。

## プログラムの進め方

緩和ケアや、OPTIMの活動の周知にあたり、地域で困ったことがあったときに相談を受ける立場の民生委員がまず知識を持つことで、がん患者・家族総合支援センターへ相談がつながりやすくなることをめざした。しかし、民生委員からは、「がん患者が地域にいることが分かって、[実際に声をかけることは難しい]」との意見が多かった。

#### b) 市民対象の健康イベントへの参加

OPTIMの取り組みや、緩和ケアについて知ってもらうことを目的に、市民対象の健康イベントに参加しての啓発が行われた。

2008年度は、9月28日になかよし動物フェスティバル in かしわにて、がん予防キャンペーンが行われた。参加者は約100名であった。11月15日には、市民公開講座と合わせ、地域の子どもたちが職業体験するイベント「ピノキオプロジェクト」に、花売りを体験できるOPTIMブースが設置された。11月1日には、約200名が参加した我孫子市湖北台「健康まつり」に、がんの知識コーナーが設置された。12月7日には手賀沼ふれあいウォーク2008に参加し、柏市によって「がんになっても安心して暮らせるまちづくりをめざして」というメッセージとOPTIMロゴマークを入れたジャンパーが作成された(図14)。

2009年度は、10月31日に我孫子市湖北台「健康まつり」に、がんの知識コーナーと相談コーナーが設置された。10月18日には柏市主催のがん予防イベントにおいて、ミニ講演と乳がん相談が行われた。冊子やチラシの配布も行われた。2月20日に行われた柏市主催の「がん・フォーラム 柏」では、相談会や、シンポジウムでのOPTIM運営委員会による特別講演が行われ、一般市民約200名が参加した(図15)。3月6日には我孫子市の麻の実会主催で、がんの痛み打開の講演と懇談会が実施された。

2010年度は11月31日に手賀沼ふれあいウォーク2010に参加し、「がんになっても安心して暮らせるまちづくりをめざして」が啓発された。



図 14 作成されたジャンパーとふれあいウォークの様子

などがある患者の食事をテーマに、それぞれの症状があっても食べやすいメニューの調理実演が行われた(資料3)。料理教室は毎月第2・4木曜日の10時半から12時半まで、がん患者・家族総合支援センター内のキッチン会議室にて開催された。

最初の約20分で各症状がどうして起こるのかが解説され、それに応じた食事の工夫が説明された。次の約30分が実際の調理で、素材の切り方や混ぜ方、火の通し方などが管理栄養士によって実演された。その後、できあがった料理を囲み、参加者と栄養士との意見交換会が食事会として行われた。

開催後に毎回行われた質問紙調査では、「自宅でも簡単につくることができ、レパートリーが増えた」「症状についての説明が分かりやすかった。食べられることが大切だと感じた」「患者や家族同士で話ができてよかった」「普段の生活で心配なこと、疑問に思うことについて、これからも聞いてほしい」などの意見が聞かれ、続けて何度も参加する患者・家族も多くみられた。また、「食事の工夫について、知りたい内容だった」との意見が89%で、参加者の満足は高かった(図17)。

**がん・フォーラム柏**  
住み慣れた地域のこと 語り合う、考える

2/20(土)  
アミューゼ柏 参加無料

**第1部 相談会・座談会**  
午前10時～12時  
①「がんよろず相談」  
(2階会議室B、C) 先着20名  
②座談会  
(2階和室) 先着20名

**第2部 シンポジウム**  
テーマ「がんになったとき、柏の人 皆どうしてる?」  
クリスタルホール、午後1時～4時45分

アミューゼ柏  
2階クリスタルホール、会議室B・C、和室  
0477-184-4022  
〒350-0202 千葉県柏市中央2-1-1

図 15 「がん・フォーラム柏」のチラシ



図 16 柏の葉料理教室の様子

◎がん患者・家族を対象とした料理教室(「柏の葉料理教室」)

2008年9月から、国立がん研究センター東病院栄養管理室とがん患者・家族総合支援センター共催による、がん患者およびその家族を対象とした「柏の葉料理教室」が開催された(図16)。毎回5～10名、延べ414名(うち男性28%)が参加した。「食欲不振」「貧血」「下痢・便秘」「口内炎・食道炎」「消化器術後」「吐き気」「味覚変化」

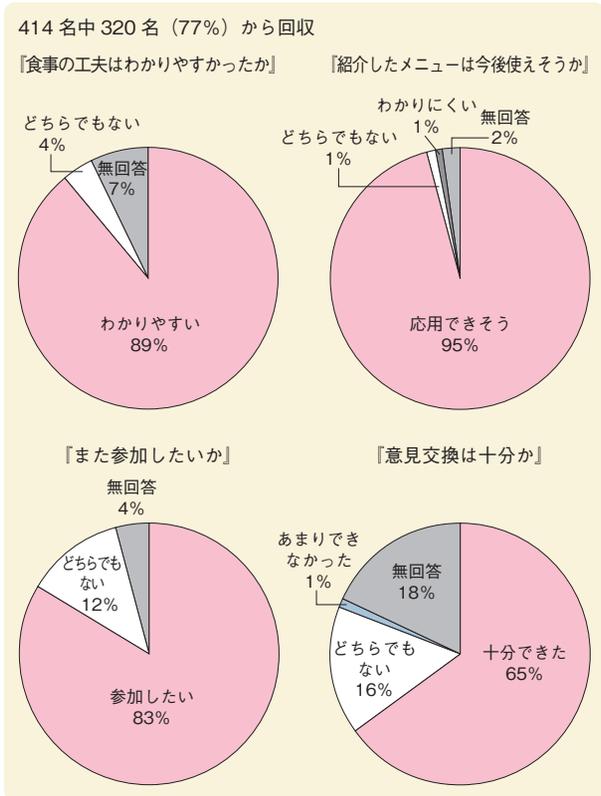


図 17 柏の葉料理教室の参加者による評価

## プログラムの進め方

料理教室の準備は開催の半年前から始め、2008年4月以降、本格的に企画した。この企画のために新たに栄養士1名を採用し、調理器具なども買いそろえた。毎回の準備は、フローチャートに沿って行った(資料4)。

参加者募集のため、A3版のポスターを作成し、国立がん研究センター東病院の外来窓口付近や病棟の掲示板など、計19カ所に掲示した(図18)。国立がん研究センター東病院入り口付近の掲示板には、持ち帰ることのできるミニポスターをポケットに入れて掲示した。また、在宅療養しながら通院治療を受けている患者・家族が一番の対象者と考え、看護師に案内してもらったり、栄養相談の際に紹介したりした。OPTIMのメーリングリスト上でも広報した。参加者が料理教室を知ったきっかけは、ポスターが最も多く、次いで職員やがん患者・家族総合支援センターからの紹介、新聞の紹介記事などであった。申し込み窓口はがん患者・家族総合支援センターとし、参加者には当日の地図などを添えた案内状を送付した。

1回の料理教室で、主菜からデザートまで一食あたりのエネルギー必要量を満たすよう、その回のテーマ

に沿ったバランスのよいメニューを心がけた。調理する患者自身や家族の負担を考慮し、短時間で手軽にすることができ、応用が利く料理の組み合わせとした。すべてつくり終えるまでの所要時間と、食欲をそそる料理の見た目にもこだわった。毎回、1~2時間のディスカッションをしてメニューを決定した(資料5)。

参加費は毎回500円の実費とし、その範囲で食材を調達できるよう調整した。開始当初は外部業者から食材を購入していたが、無駄のない量を仕入れるために途中からはスタッフが買い出しを行った。

実際の調理には、実演するスタッフ1名と、それを補助したり、同じ料理を時間内に人数分仕上げたりするためのスタッフ2名が最低でも必要で、実習生の助けを借りることもあった。

食事会では、参加者が抱え込んでいる食事についての悩みを、ストレスがかからないような方法でどう意見交換してもらえるかが課題だと感じた。



図 18 柏の葉料理教室の開催を伝えるポスター

## ④各団体への活動場所の提供

2009年1月より、がん患者・家族総合支援センターの業務のひとつとして、がん患者・家族をサポートするグループを支援することを目的に、グループへの会場提供が始められた。使用を希望する団体は、センターの運営委員会に企画案を提出し、検討のうえ許可された。企画・運営は各団体が行い、センターは開催案内や問い合わせへの対応などを担当した。

2008年度は「乳がんサポート柏の葉茶話会」(乳がん患者の患者会)、「アロマトリートメント講習会」(「千葉県東葛地区・生と死を考える会」主催の、患者をケアする医療者対象のアロマトリートメント講習会、図19)、「ジャパン・ウェ

ルネスサポートグループ」(専門家をファシリテーターとする、がん種を問わないグループの活動、図20)、「がん哲学外来」(医師との1対1の語り)が開催された。

2009年度は、前年の会に新たに「グリーンケア」(「東葛・生と死を考える会」主催の、遺族の心の痛みを分かち合うセルフヘルプの会)が加わった。

2010年度も2009年度と同様の会が開催された。

## プログラムの進め方

がん患者・家族総合支援センター開設の際に、地域で緩和ケアに関連した活動を行っている主なグループを招いて、意見交換会を行った。センターは公的な意味合いも持つものだったため、センターの運営委員会による承認を必要と定めた。

「乳がんサポート柏の葉茶話会」では、患者同士が気軽に話せる場所を提供したい運営委員会の意向と、自分たちの活動に目に見える成果を求める患者の意向とが噛み合わない場面もあったものの、大きな問題なく運営された。

**<アロマトリートメント講習会>**

主催：東葛・生と死を考える会  
 目的：がん患者さん、ご家族の心身の癒しと相互の絆を深めるため  
 対象：がん患者さんのご家族、友人、患者さんご本人、緩和ケアに関心のある医療・介護関係者  
 内容：アロマセラピーの基礎  
 乳、足のトリートメント実習(トリートメント用アロマオイルを使用)  
 期待される効果：  
 1. アロマトリートメントの香りそのものが、患者さん、ご家族を癒す場合もあれば、人に優しく触れてもらうという事で安心感を持ち、癒しにつながる場合もある。  
 2. 家庭でアロマトリートメントを実践し、活用した場合には期待される効果  
 ・トリートメントは自然に相手に触れるため、手のぬくもりを通して大切な人とのコミュニケーションを図ることが出来る。  
 ・トリートメントを行う側へも同様の芳香効果が期待出来る。  
 講師：長谷川記子(アロマセラピスト、薬剤師、東葛・生と死を考える会会長)及びボランティアグループ「患者を支える会」(東葛・生と死を考える会所属)

開催日：毎月第三月曜日(第三月曜日が祝日の時は第四月曜日)  
 平成22年3月15日、4月19日、5月17日、6月21日、7月26日、  
 8月27日、10月18日、11月15日  
 ※8月、12月はお休みです。  
 時間：午後1:30~3:00  
 会場：がん患者・家族総合支援センター(19時以降、電話04-7137-0800)  
 ※画面に会場への行き方の案内がありますので、ご確認ください。  
 講習費用(毎回)：500円(資料・お茶代として)  
 ※タオルを1枚ご持参ください

**<申込方法>**  
 講習会に参加ご希望の方は、はがきかFAXで、お名前、住所でお申し込みの上、当日会場までお越しください。なお、申して夜間に届いていただくことがあります。  
 〒277-0808 柏市元倉2-1-1 麗澤大学 特内務  
 TEL/FAX: 04-7137-0808

図19 「アロマトリートメント講習会」のチラシ

the wellness community  
 がん患者さんへの心ケア  
 がん患者さんへの心ケア  
 サポートグループ 無料

ひとりではありません。心を開ける仲間がいます。

自分と似たような悩みを抱える多くの方の知り合い、縁の合うサポートグループの存在です。そこで自分だけの悩みを、自分らしく生きていくことには、仲間が助けや心の支えとなる機会があります。サポートグループは、医師や看護師、ソーシャルワーカーさんらと一緒に活動することによって活動します。

開催日 毎月第2第4火曜日14時~15時30分  
 会場 がん患者・家族総合支援センター  
 柏市元倉2-1-1(TEL:04-7137-0800)  
 対象者 がん患者さん

【お申し込み・お問い合わせ】  
 柏市がん患者さんサポートグループ・ウェルネス  
 電話 03-5545-1805

このサポートグループは、がん患者さんやご家族の悩み、不安、苦しみ、悲しみ、怒り、悔しさを共有し、互いに支えあう場です。サポートグループは、医師や看護師、ソーシャルワーカーさんらと一緒に活動することによって活動します。

図20 「ジャパン・ウェルネスサポートグループ」のチラシ

## 市民対象の「緩和ケアを知る100冊」講演会

2008年7月14日、柏市図書館と柏市保健所の主催で、「『緩和ケアを知る100冊』を学ぼう」と題し、一般市民を対象とした講演会が開催された(図21)。110名が参加した。9月26日には、柏市新富地区社会福祉協議会主催の「緩和ケアに関して」をテーマにした講演会に柏市図書館も主催者として加わり、緩和ケアを知る100冊の紹介がされた。11月22日には、流山市立北部図書館が主催する「第2回森の学校」が「『緩和ケアを知る100冊』を学ぼう」をテーマに行われ、34名が参加した。3月7日には、柏市立図書館主催で、「心の痛みを和らげる~がん患者の経験から」が開催され、200名が参加した。

**「緩和ケアを知る100冊」を学ぼう**  
 ~がん患者と向き合う医師たちからのメッセージ~

「緩和ケア」とは、つらくならないように「がん」と付き合っていくための方法です。痛みや吐き気といった体のつらさだけでなく、心の落ち込みやイライラ、そして仕事の心配や経済的な悩みなども出てくるかもしれません。そうしたさまざまな「つらさ」を、それぞれの患者さんにあった方法で取り除いていくことが「緩和ケア」です。患者さんの「つらさ」を和らげるためには、支えとなる周囲の方や、地域の皆さまの理解がとても大切です。そして本も、その支えとなるかもしれません。

柏市立図書館においては、「地域の力が適切な緩和ケアの知識を得る取り組み」の一環として、7月より図書館本館内に「緩和ケアを知る100冊コーナー」を設置することに併し、市民の方を対象に緩和ケア及びコーナーのPRを目的とした講座を企画しました。

1 期 日：平成20年7月14日(月)午後1時~3時  
 2 主 催：柏市中央公民館5階 講堂  
 3 対 象：一般市民 約120名(電話で先着順に受付)  
 4 主 催：柏市立図書館・柏市保健所  
 5 申込み：7月2日より図書館本館へ直接電話：7164-5346

時間(予定)	内 容	講 師 等
1 13時~ 13時35分	・挨拶 ・開催にあたって	・柏市立図書館長
2 13時35分~ 13時40分	・「がん患者を支える地域づくり」	・柏市保健所総務企画課長
3 13時40分~ 14時35分	・DVD「我が家に帰ろう」 ・「緩和ケア・緩和ケアを知る100冊」について	・国立がんセンター 一室 医師 木下 貴也先生
4 14時35分~ 14時55分	・「緩和ケアを知る100冊」の中からの紹介	・柏市立図書館 小池田 登志子、 野矢 聖子 監修
5 14時55分~ 15時00分	・まとめ ・アンケートのお願い	・柏市立図書館

※7月1日(火)より13日(日)までは図書館本館でコーナー展示

図21 「『緩和ケアを知る100冊』を学ぼう」講演会のチラシ

## 市民を対象としたそのほかの講演会

2008年9月28日、柏市南部地区社会福祉協議会主催の講演会が「がん緩和ケアについて」をテーマに行われ、50名が参加した。

2009年4月24日、柏市の市民団体である生涯医療ネットワークが主催する講演会で、「OPTIM・緩和ケアについて」とがん患者・家族総合支援センターの紹介が行われた。30名が参加した。5月11日にも、柏市消費者の会主催で同様の講演会が行われ、15名が参加した。5月23日には、千葉県主催で、「健康づくり教室 がんを知る2009『緩和ケア~患者さん・ご家族を地域で支えていくために』」が開催され、50名が参加した。6月10日には我孫子市の患者会・麻の実会主催で、「OPTIM・緩和ケアについて」とがん患者・家族総合支援センターの紹介が行われ、19名が参加した。

## プログラムの進め方

2008年度、地域にOPTIMを周知させるためには、公民館で市民に講演を行うのがよいのではないかという意見があり、社会福祉協議会に相談し、公民館での講演活動を行うこととなったが、そこへ図書館の職員が参加したものが、「緩和ケアを知る100冊」講演会となった。

### 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

#### a) 緩和ケアに関する相談窓口

地域の患者・家族・一般市民や、関連機関からの緩和ケアに関する相談を受けるための窓口がつけられた。相談窓口へは、3年間で累計1724件の相談が寄せられた(図22)。



図22 相談窓口への相談件数

柏地域では、柏市医師会とOPTIMとが協力して、2008年8月、つくばエクスプレス・柏の葉キャンパス駅の駅前に「がん患者・家族相談支援センター」が新しく設置された。患者は、「相談だけのために病院へは行きにくいのではないか」「治療を受けている病院へは相談しにくいのではないか」、また、遺族は、「患者が亡くなった病院を訪れるのは抵抗があるのではないか」という観点から、OPTIMの中心となった国立がん研究センター東病院内ではなく、利便性のよい駅前につけられた(図23)。患者・家族および医療福祉従事者からの電話相談や対面での相談に応じることを目的とし、がんのサポートグループへの活動場所の提供も行われた。遺族に対するケアも、目的のひとつとされた。OPTIMプロジェクト全体の運営、行政との調整、市民への緩和ケア

啓発もセンターが中心となって行われた。

2009年7月31日、センター開設1周年を記念して、シンポジウムと懇親会からなる記念イベントが催された。シンポジウムでは、開設から1年間の歩みの報告、サポートグループの活動報告などが行われた。終了後の質問紙調査では、「さまざまな支援があることを知り、気持ちが楽になった」「センターの活動について、今後もっと広めていく必要があると思う」などの感想が寄せられた。

2009年度からは、休日にしかセンターを訪れることのできない患者・家族に対応しようと、月に2回、日曜日に医師が相談を受ける日が設定された。この取り組みは好評で、2010年度まで継続された。



図23 病院外に設置されたがん患者・家族相談支援センター

## プログラムの進め方

がん患者・家族総合支援センター開設にあたっては、OPTIMプロジェクトの運営委員が国内の相談支援センターを複数視察した。どのようなスタッフが、どんな役割を持って活動しているのかの調査を行い参考とした。イギリスのマギーズセンターも、相談支援センターががん専門病院の敷地内だが病院の外に置かれている点を参考にした。

医療機関の中に置かれた相談支援センターと外にある相談支援センターでは、患者・家族が相談に訪れる段階に相違があることが明らかになった。院外の相談支援センターへの相談は、これから治療を受けようとしている人や、健康診断で異常が認められた人や抗がん治療中の人など、早期の段階でされており、院外に相談支援センターがあることの意義が示唆された。

## b) 退院支援・調整プログラム

2008年度、国立がん研究センター東病院では、病院スタッフが在宅療養について知ることを目的に、病棟師長の診療所での実習が行われた。並行してOPTIM研究班が作成した退院支援スクリーニングシートが病院の実情に合わせて使いやすく修正され、全病棟の全入院患者を対象に利用が開始された(資料6)。2009年度には、退院支援スクリーニングシートが、①「退院アセスメントシート」、②退院前カンファレンスで使用する病院医師用・看護師用・患者用の「退院シート」、③病院から退院後、地域に戻った患者が地域でどう過ごしているのかを病院にフィードバックできる「地域連携連絡シート」の3種類へと整理された(資料7)。退院アセスメントシートでハイリスクと判断された患者については、退院1週間後に看護師による電話でのフォローアップが行われた。

東京慈恵会医科大学附属柏病院でも独自に調整したスクリーニングシートが使用された。一方、OPTIMプロジェクト開始以前から独自の退院支援システムを運用してきた東葛病院では、引き続き同じプログラムの運用がされた。各施設での退院前カンファレンスは、徐々に開催数が増加した。

### プログラムの進め方

退院支援・調整プログラムは、それまでに既存のプログラムがなかった病院ではプロジェクトが作成したプログラムを、すでに運用しているプログラムがある施設ではそれを使用した。いずれも、病院の事情に合わせて修正が加えられた。

「地域連携連絡シート」はなかなか普及しなかったものの、シートを受け取った病院看護師からは、自分たちのケアが地域でどのように受け継がれているかがわかるとして、非常に好評だった。

## c) わたしのカルテ

「わたしのカルテ」は、患者が自分の医療情報を持ち歩くことで、地域の医療福祉従事者が情報を共有するためのツールのひとつとしてつくられた。柏地域では、3年間に累計3339冊が配布されたが、各施設での普及は進まなかった(図24)。



図24 「わたしのカルテ」の配布数

### プログラムの進め方

「わたしのカルテ」の普及を目標にしたワーキンググループを立ち上げ、「保険薬局が情報共有ツールとして患者に渡す」「介護支援専門員が患者に紹介する」といった方法が検討されたが、どちらもあまりうまくいかなかった。サイズが大きく、持ち運びにくいことが問題ではないかとの声も聞かれた。国立がん研究センター東病院では、外来診療が滞ることへの懸念から、診療時の「わたしのカルテ」配布は行われなかった。その他の施設でも配布までで、運用には至らなかった。

## d) 多職種連携カンファレンス(「地域がん医療連携のための症例検討会」、2009年から「地域緩和ケア症例検討会」に名称変更)

連携の基盤となる「顔の見える関係」構築のために、柏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3回開催され、延べ436名が参加した(図25)。職種では看護師が40%と最も多く、続いて介護支援専門員13%、薬剤師12%、医師11%の順であった。

### 2008年度

「地域がん医療連携のための症例検討会」は、5月15日、在宅療養への移行と継続に関する医療福祉従事者の教育、および地域の医療福祉従事者が顔見知りになることによる地域連携の円滑化を目的に開催された。症例検討会は、事例発表15分、グループワーク・発表45分、医師による、事例に関するミニレクチャー15分、日常業務では接点のない他職種について知る「みんなの声」10分で構成された。

第1回では、「訪問診療がかかわった2事例」の振り返り、および「消化管閉塞による嘔気・嘔吐」についてのミニレクチャーが行われた。看護師69名、薬剤師25名、医師

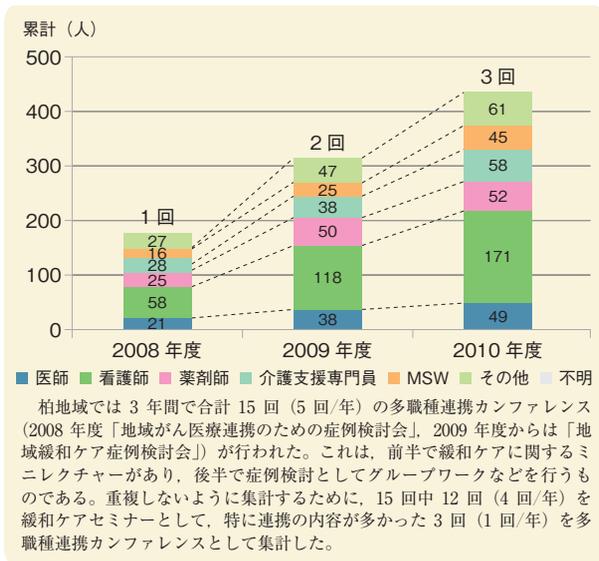


図 25 多職種連携カンファレンスの回数と参加人数

24名など、計165名が参加した。第2回は、7月17日に行われ、多職種計201名が参加した。「在宅移行後に急速な呼吸困難の増悪をきたした症例」について検討された。また、「呼吸困難」についてのミニレクチャーが行われた。第3回は、9月18日に行われ、計175名が参加した。「退院前の病院との連携がよかったケース・難しかったケース」について検討された。第4回は、11月20日に行われ、計123名が参加した。倦怠感について、『ステップ緩和ケア』をもとに検討がされた。第5回は、1月15日に行われ、計113名が参加した。「退院の際に情報が抜け落ちずによりよく連携していくためには、それぞれの立場でどういう工夫が必要か」が話し合われ、「消化管閉塞による嘔気・嘔吐」についてのミニレクチャーが行われた。

## プログラムの進め方

2007年度まで、柏地域で開催されていた保健所主催による「在宅がん医療のための症例検討会」を引き継ぐかたちで開催した。それまでは、参加者を医療従事者に限定していたが、2008年度からは地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護施設など福祉職への案内も開始した。これを機に、50人前後だった参加者数は倍近くなった(図26)。開催を毎月第3木曜日の19時から20時半とした。

グループワークの際は、グループ内に同じ職種が偏らないように工夫した。また、1グループを7~9人の少人数とし、十分意見交換ができるよう配慮した。

症例検討会の案内は、まず病院長・施設長宛に

郵送し、次に看護部、薬剤部、放射線科などの各部署代表者、また、個別に案内を希望する個人にも郵送した。施設内での情報の伝達方法がそれぞれ異なるため、施設の事情に合わせ、情報が行き渡りやすい方法で案内を行った。



(前)

(後)

図 26 OPTIM プロジェクト開始前・開始後の症例検討会の様子

### ② 2009年度

前年度の「地域がん医療連携のための症例検討会」を、「地域緩和ケア症例検討会」と名称変更して開催された。多職種がそれぞれの仕事内容を把握できてきたため、「みんなの声」は終了となった。事例発表、グループワーク・発表、事例に関するミニレクチャー、という構成は踏襲された。

第1回は5月21日に開催され、多職種計146名が参加した。「緩和ケア病棟から地域へ」についての検討会、および「神経障害性疼痛」についてのミニレクチャーが行われた。第2回は、7月16日に開催され、113名が参加した。「患者と家族の思いをつなぐコミュニケーション」をテーマとした検討会、および「コミュニケーション」についてのミニレクチャーが行われた。第3回は、9月17日に開催され、141名が参加した。「在宅医療に関して本人と家族にずれがあった場合の医療関係者からの支援について考える」をテーマとした検討会、および「がんにもなう高カルシウム血症」についてのミニレクチャーが行われた。第4回は、11月19日に開催され、112名が参加した。「介護力のない家族が在宅看取りできた事例」についての検討会、および「緩和的放射線治療」についてのミニレクチャーが行われた。第5回は、1月21日に開催され、108名が参加した。「高齢で独居の術後患者に対する在宅支援—多職種との連携—」をテーマとした検討会、および「柏地区の現状」「OPTIMの活動」についてのミニレクチャーが行われた。

### ③ 2010年度

2009年度と同様、事例発表15分、グループワーク・発表45分、事例に関連したミニレクチャー15分の構成で開催された。

第1回は、5月20日に開催され、152名が参加した。

「薬剤師がかかわったがん患者の症例について」「PEG からの薬剤投与、特に懸濁法」がテーマとされた。第2回は、7月15日に開催され、87名が参加した。「地域で生きること 食べることの支援」がテーマとされた。第3回は、9月16日に開催され、160名が参加した。「終末期患者へのリハビリ事例・チームアプローチで自宅退院できた症例を通して」をテーマとした検討会、および「がん患者へのリハビリテーション」についてのミニレクチャーが行われた。第4回は、11月18日に開催され、113人が参加した。「がんの終末期の方への地域包括支援センターのかかわりについて」がテーマとされた。第5回は、1月20日に開催され、120名が参加した。「在宅と病院との連携について」がテーマとされた。

### e) リンクスタッフ

OPTIM プロジェクト開始前から、プロジェクトを運営するコアメンバーによる地域の施設訪問が行われ、プロジェクトへの協力依頼とともにリンクスタッフの選出が依頼された。プロジェクト開始後は、「地域がん医療連携のための症例検討会」において募集が行われた。プロジェクト参加の9病院では、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーがリンクスタッフとして登録された。また、7つの診療所、8つの訪問看護ステーション、7つの薬局、その他9つの福祉施設などの職員がリンクスタッフとなった。

2008年度から隔月で緩和ケアの知識伝達を主目的とする「リンクスタッフ勉強会」が開催されたほか、2009年度からは相互サポートのために「リンクスタッフ会議」が開催された。2009年4月16日の「2009年度第1回リンクスタッフ会議」には、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなど計57名が参加した。10月29日には「第2回リンクスタッフ会議」が開催され、43名が参加した。2010年度には「2010年度第1回リンクスタッフ会議」が開催され、49名が参加した。

## プログラムの進め方

リンクスタッフは各施設からの推薦と自薦としたが、リンクスタッフが新たなリンクスタッフを推薦するかたちで人数を増やしていった。

### f) 柏地域独自の取り組み

#### ⑤各施設が主催した地域多職種カンファレンス（「名戸ヶ谷病院・地域連絡会議」）

国立がんセンター東病院以外の施設でも、医療従事者の顔の見える関係構築を目的に地域カンファレンスが開催され

た。名戸ヶ谷病院では、2009年10月29日、地域から事例を集めて「名戸ヶ谷病院・地域連絡会議」が開催され、77名が参加した。救急指定病院である名戸ヶ谷病院では、2009年度に地域緩和ケアチームの出張コンサルテーションを受け、その介入について院内発表を行ったことがきっかけで、地域緩和ケアチームに相談をしながらカンファレンス開催の準備が行われた。

#### ⑥各施設が主催した看護師の事例検討会（「東京慈恵会医科大学附属柏病院・在宅調整事例検討会」）

2009年6月より、「東京慈恵会医科大学附属柏病院・在宅調整事例検討会」が開催され、8回にわたって事例検討会とミニレクチャーが行われた。おもに院内の看護師を対象としたが、連携先の訪問看護ステーションの参加も促された。毎回、25名前後の参加があった。

#### ⑦医師を対象としたネットワーク（「千葉東葛北部在宅緩和ケアネットワーク講習会」）

地域緩和ケア症例検討会など集まりに医師の参加が少ないため、医師のネットワーク構築を目的として、2009年度、「千葉東葛北部在宅緩和ケアネットワーク講習会」が設立された。2010年までに4回開催され、がん診療連携拠点病院や診療所医師、看護師などの医療福祉従事者が参加した。

#### ⑧行政と医療福祉従事者との懇談会（「柏市医療懇談会」）

市長を含む行政側と医療従事者とが、在宅療養について自由に意見を交わすことを目的に、2010年7月27日、「第1回柏市医療懇談会」が開催された。テーマは在宅緩和ケアで、柏市、柏市医師会・歯科医師会、病院、診療所、訪問看護ステーションなどからの参加があった。

#### ⑨介護支援専門員を対象とした研修会（「介護支援専門員研修会」）

2009年10月16日、柏市とOPTIMとの共催で、介護支援専門員を対象とした医療連携や緩和ケアの研修会（「介護支援専門員研修会」）が開催され、171名が参加した。医療連携のよりよいかたちを介護支援専門員の立場から模索することを目的に、「がん患者の在宅支援を通して医療との関係づくりを考える」ことがテーマとされ、あおぞら診療所・川越正平氏の講演、および場内の参加者を交えてのシンポジウムが行われた。

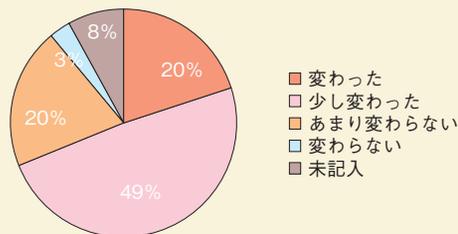
終了後の質問紙調査で、参加者は介護支援専門員になりたてから中堅まで的人が多く、1年間のがん患者とのかかわりは1～5件ほどであることが分かった。「具体的な連携のポイントが分かり、とても参考になった」「診療所に電話をかけるのは何時頃がよいかなど、診療所の医師といかに連携をとるかを聞いてよかった」などの声が聞かれた（図27）。

## プログラムの進め方

地域の介護支援専門員から、医学知識がないことを悩む声や医療従事者とのコミュニケーションに悩む声を聞いていたことから、介護支援専門員の教育について思案中だった柏市との研修会共催が実現した。

準備として、2009年7月28日、柏市介護支援専門員連絡協議会、地域包括支援センター、柏市保健所の職員を集め、がん患者・家族総合支援センターにて「がん患者のケアマネジメントにおける医療連携の課題」をテーマにフォーカスグループを実施した。これにより、介護支援専門員が持つ課題が、主に「医療従事者とのコミュニケーションの取り方」であることが明らかになった（資料8）。そこで、柏市介護支援専門員連絡協議会が計画であったシンポジウムの企画段階から、OPTIMプロジェクトのコアメンバーも参加して開催した。

研修を通して、医療等の連携に関するイメージや思いが変わったか（n=60）



〈自由記述〉

- ・医師も介護との連携の必要性を認識していることが分かった
- ・医療連携で同様の困難さを皆が感じている事を知り楽になった
- ・研修を重ねる度に敷居の高さが低くなっていくように感じる
- ・苦手意識を持っていたが、機会があったら積極的に連携していきたい
- ・最初の一步を自分から連絡するのは勇気がいる

図 27 介護支援専門員研修会の質問紙調査結果

### ① 地域包括支援センターの職員を対象とした検討会 （「柏市地域包括支援センター医療職連携会議」）

がん患者からの地域包括支援センターへの相談が増えていることから、柏市主催で年に数回開催されている「柏市地域包括支援センター医療職連携会議」の依頼で、2010年5月26日、がん患者の在宅療法の問題点について、地域包括支援センターの職員とOPTIMによる検討会が行われた。また、OPTIMの取り組みについても紹介された。8施設から、医師、看護師、ケースワーカーなど14名が参加した。その後も複数の地域包括支援センターのケースカンファレンスに、アドバイザーとして参加した。

## 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23件であり、電話・E-mailによるものが17件、出張によるものが6件であった。（図28）。

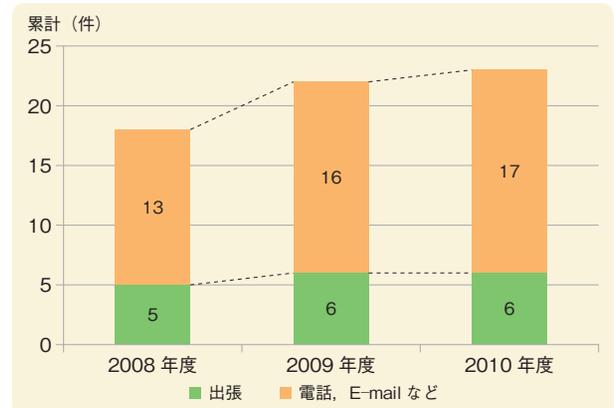


図 28 地域緩和ケアチームへの相談件数

2008年度、国立がん研究センター東病院の医師2名・看護師1名の計3名からなる「地域緩和ケアチーム」が設置された。勉強会や症例検討会などで利用が呼びかけられたものの、依頼は少なかった。

## プログラムの進め方

実際に実施された出張コンサルテーションでは、チームのメンバー間での時間調整が難しく、訪問には一人の患者に非常に時間がかかることが分かった。地域緩和ケアチームへの問い合わせは、2009年度・2010年度になると少なかったが、これは、毎月地域緩和ケア症例検討会かリンクスタッフ勉強会のいずれかを開催しており、地域緩和ケアチームのメンバーにその場でじかに相談できたことが関係していると考えられた。また、2009年度には規模の大きな医療施設はどこも退院調整に取り組み、地域との情報のやりとりができるようになってきたため、個々の事例の問題が地域緩和ケアチームに相談しなくても解決されてきたことも原因と考えられる。

### b) アウトリーチプログラム

該当する活動は行われなかった。

## 〔柏地域・資料〕

資料 1 「がん看護スペシャリストコース・基礎編」のテーマ

〈2008年度〉

生活支援	①リンパ浮腫とは ②ケアの実際（見学） ③症例展開
スキンケア	①基本的スキンケア ②ストーマケア基礎 ③ストーマケア実際（症例検討あり） ④創傷治癒過程、創傷ケア基礎と実際（症例検討あり） ⑤褥瘡ケア～予防と治療（DESIGNのつけ方、症例検討） ⑥失禁ケア基礎（症例検討）
化学療法	①がん化学療法の基礎知識 ②がん化学療法における看護師の役割 ③がん化学療法に伴う副作用マネジメント（講義） ④がん化学療法に伴う副作用マネジメント（事例検討GW） ⑤がん化学療法に伴う副作用マネジメント（発表①） ⑥がん化学療法に伴う副作用マネジメント（発表②）
疼痛緩和	①がん性疼痛の特徴とメカニズム ②薬物療法～NSAIDsとオピオイド ③難治性疼痛の治療と看護 ④がん性疼痛のアセスメントと看護計画 ⑤事例検討GW

〈2009年度〉

生活支援	①リンパ浮腫～リンパ浮腫とは ②リンパ浮腫のケアの実際 ③がん看護におけるリハビリテーション ④摂食・嚥下障害の看護 ⑤社会的苦痛への看護（乳がん）
スキンケア	①基本的スキンケア・ストーマケア基礎 ②ストーマケア実践（症例検討） ③創傷治癒過程・褥瘡ケア ④失禁ケア基礎（症例検討）
化学療法	①がん化学療法とは・抗がん剤とは ②抗がん剤の曝露 ③抗がん剤の投与管理 ④化学療法、副作用マネジメント（主に急性症状）
疼痛緩和	①がん性疼痛のメカニズムとアセスメント ②薬物療法～NSAIDsとオピオイド ③神経障害性疼痛と非薬物療法 ④症例検討
臨床薬理	
せん妄	

〈2010年度〉

生活支援	①摂食・嚥下障害の看護 ②口腔ケアと栄養管理 ③意思決定支援・役割喪失への援助 ④リンパ浮腫の看護
スキンケア	①予防的・治療的スキンケア ②褥瘡予防ケア ③褥瘡治療ケア
化学療法	①がん化学療法とは・抗がん剤とは ②抗がん剤の曝露 ③抗がん剤の投与管理 ④副作用マネジメント（主に急性症状）
疼痛緩和	①がん性疼痛のメカニズムとアセスメント ②薬物療法（NSAIDsとオピオイド） ③神経障害性疼痛・非薬物療法 ④症例検討
ストーマ・瘻孔ケア	①ストーマケアの基礎 ②瘻孔ケア・創傷管理（1） ③瘻孔ケア・創傷管理（2）
臨床薬理	使用頻度の高い薬剤の作用副作用
せん妄	臨床で頻度の高い病態と治療

資料2 プロジェクトについて伝える新聞報道など

## がん患者・家族支援 充実

### 柏のセンター1周年



**相談受け付け700件**  
**語り合いの場設置**

「がん患者・家族支援センター」が、開所1周年を迎える。日本のがん治療の中心地である柏市は、がん患者の増加に伴って、がん患者の生活の質を向上させるための支援が求められている。このセンターは、がん患者やその家族が悩みを抱えている問題を相談し、必要に応じて専門機関と連携して支援を行う。また、がん患者と家族が語り合い、互いの気持ちを分かち合える場を提供している。

**あす記念シンポ**  
「あす」は、がん患者やその家族の悩みを解決するためのシンポジウム。このシンポジウムでは、がん患者やその家族の悩みを解決するための支援策について、専門家やがん患者、その家族が語り合い、互いの気持ちを分かち合える。また、必要に応じて専門機関と連携して支援を行う。

読売新聞

## 最新線

### 図書館で緩和ケア知る

「緩和ケアを知る100冊」コーナーが設置されている柏市図書館。このコーナーには、緩和ケアに関する書籍が100冊ほど揃っている。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

「緩和ケアを知る100冊」コーナーが設置されている柏市図書館。このコーナーには、緩和ケアに関する書籍が100冊ほど揃っている。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

「緩和ケアを知る100冊」コーナーが設置されている柏市図書館。このコーナーには、緩和ケアに関する書籍が100冊ほど揃っている。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

日本経済新聞

## 東葛まいにち

2008年(平成20年)9月10日(水) (2)

### 緩和ケア普及のための地域プロジェクト研究

#### 「がん患者・家族総合支援センター」開所式

患者と家族のために11日1回目の料理教室



テープカットをする左から富地会長、江口主任、本多柏市長、井崎流山市長、星野我孫子市長、江角院長

「東葛まいにち」

このプロジェクトは、緩和ケアの普及を目的として、がん患者やその家族の悩みを解決するための支援策について、専門家やがん患者、その家族が語り合い、互いの気持ちを分かち合える。また、必要に応じて専門機関と連携して支援を行う。

## 緩和ケア本 ずらり100冊

### 柏市立図書館に特設棚

がん対策の柱の一つである「緩和ケア」を広く市民に理解してもらおうと、柏市は市立図書館本館(同市柏)に緩和ケアに関する本100冊を展示する特設「緩和ケア」コーナーを設けた。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

「緩和ケアを知る100冊」コーナーが設置されている柏市図書館。このコーナーには、緩和ケアに関する書籍が100冊ほど揃っている。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

「緩和ケアを知る100冊」コーナーが設置されている柏市図書館。このコーナーには、緩和ケアに関する書籍が100冊ほど揃っている。市民は、このコーナーで緩和ケアに関する知識を身につけ、がん患者やその家族の悩みを解決することができる。

朝日新聞

# 地域でサポート

「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」を目指す厚生労働省のモデル研究事業が柏、我孫子、流山3市の東葛地域でスタートする。がんによる苦痛を和らげる「緩和ケア」について、国立がんセンター東病院（柏市）を中心に医療機関や自治体が患者、家族をサポートする。【武田良俊】

## 厚労省モデル事業 「がん緩和ケア」

### 来月、東葛3市でスタート

事業は4月から3年レス、柏の葉キャンパス間、市民向け相談窓口、駅前にも患者、家族の設置▽緩和ケア療法 総合支援センター（仮）の地域支援チームの発 称 を設け、専門の看護士▽医療関係者のネットワーク作りーの3本柱。

- ・市民向け相談窓口
- ・支援チームを発足
- ・医療ネットワーク

緩和ケア療法は、東病院 チームは、東病院の専門の患者・家族支援相談 門、看護士で構成。対象は、2014・13 地域の病院や診療所を4・6施設。看護 対象に、モルヒネなど

師、ソーシャルワーカーの適切な処方や精神科で相談に応じたり、出、薬剤師、栄養士が 医によるケアについて、張診察して主治医に助常駐。ついでエスエフ、フアックスメール 語る。

緩和ケアががんに伴う激しい痛みや呼吸困難、吐き気といった苦痛を和らげる医療。がんを診断された際のショックや社会復帰への不安の解消など精神面のケアも含まれる。終末期の患者が対象とされており、近年、世界保健機関(WHO)の提唱で、早期段階から積極治療と並行して行へべきとされる。日本では医療用麻薬による対応などが不十分とされ、専門医不足も課題。県内で緩和ケア部門がある病院は数カ所にとどまる。

ネットワーク作り たしのカルテ」退院の全国の連携に役立ては、保健所で症例検討 支援プログラム」など。東病院・臨床開発センターの秋月伸哉医師や、看護士、薬剤師、医師の冊子を作成し、無料配布する。

厚労省は東葛地域の は「がんの患者さんのケアマネジャーらが連携して、レールアップ」増加が予測される中、松山市、長崎市の計4地域をモデル地域に選 定。患者の苦痛軽減を促す仕組みを整えたい」を、患者向けには「わ

## 緩和ケアのモデル地域 柏・我孫子・流山で研究開発

厚生労働省は、がん患者に基礎となる身体的・精神的苦痛、苦悶を緩和する「緩和ケア」のモデル地域として、柏、我孫子、流山を指定。国立がんセンター東病院を中心に医師や看護師、薬剤師などが連携して、緩和ケアの提供を推進する。研究開発は、緩和ケアの提供体制の構築、緩和ケアの推進、緩和ケアの普及を目的とする。

緩和ケアの提供体制の構築は、緩和ケアの提供体制の構築、緩和ケアの推進、緩和ケアの普及を目的とする。

柏市民新聞

現在ががん緩和ケアの発展期。緩和ケアの普及を促す「がん緩和ケアのモデル地域」指定は、がん患者の苦痛軽減を促す仕組みを整えたい。緩和ケアの提供体制の構築、緩和ケアの推進、緩和ケアの普及を目的とする。

## 流山市乳がん検診手帳

乳がん検診の手帳は、検診の予約や結果の通知、検診の記録などを管理するための手帳です。検診の予約や結果の通知、検診の記録などを管理するための手帳です。

流山市乳がん検診手帳

## がん患者の食提案

### 在宅向け料理教室が好評

毎回、副作用に応じ工夫

国立がんセンター東病院の管理栄養士らによる在宅向けがん患者・家族向け支援センターで、在宅向け料理教室が好評です。毎回、副作用に応じ工夫を凝らした食提案が好評です。

朝日新聞

### 資料3 柏の葉料理教室のテーマとメニュー

テーマ	メニュー
さわやかメニューでリフレッシュ—吐き気で食欲がないとき—	俵おむすび、そうめん汁、冷奴、茹オクラ、翡翠なす、トマト、白玉団子、果物
体に優しいお食事（秋）—口内炎・食道炎があるとき—	軟飯、キャベツペーコンスープ、蒸魚あんかけ、さつま芋茶巾絞り、牛乳寒天
秋を感じて—味覚が変わってきたとき—	クレープ（3種）、ポタージュ、きのこのオープンオムレツ（3味）、スティックサラダ
効率良く栄養をとる工夫—たくさん食べられないとき—	ご飯、簡単とろろ汁、おでん、春雨酢物、果物
温かくても冷たくても美味しい食事—吐き気で食欲がないとき—	大豆炊込飯、昆布汁、金目鯛煮付・煮こごり、里芋煮物、酢味噌和え、蒸しパン
体に優しいお食事（冬）—口内炎・食道炎があるとき—	とろとろ親子丼、半片花魁清汁、ほうれん草煮浸し、りんごコンポートゼリー添え
行事を楽しむ—貧血があるとき—	ビーフストロガノフ、あさりミルクチャウダー、レバーカナッペ、サラダ、フルーツポンチ
冬野菜を美味しく食べる—味覚が変わったとき—	旬野菜のクリームパスタ、ミートボール風トマト煮、リンゴ&アーモンドケーキ
冬を乗り切ろう—吐き気・嘔吐があるとき—	ご飯、卵豆腐汁、豆腐ハンバーグみぞれあん、菜の花ごま酢和え、伊予柑ゼリー
体に優しいお食事（冬）—口内炎・食道炎があるとき—	ご飯、かぶ味噌汁、鮭ホイル焼、ブロッコリーグラタン、エビ薄葛煮、カステラプリン
上手に使う食物繊維—下痢・便秘があるとき—	玄米ご飯、ゴボウポタージュ、豚肉二色巻、蓮根炒煮、甘酢漬、フローズンヨーグルト
体調に応じてステップアップ—消化器術後のお食事—	ご飯、味噌汁、煮魚（比較用；焼魚）、大根煮物、煮浸し（お浸し）、ブラマンジェ
自分に合う味をみつけよう—味覚変化があるとき—	ご飯、揚豆腐あんかけ（3種）、簡単ポテトサラダ、菜の花辛子和え、お花見団子
少ない量でも栄養アップ—食欲不振のとき—	エビピラフ温泉卵添え、野菜マカロニスープ、竹輪ブロッコリーマヨヨーグルト和え、アイスサンド
貧血が心配な方のお食事の工夫	あさりご飯、鯖竜田揚げ、ししとう、ひじき大豆煮、二色浸し、グレープフルーツ
食事の衛生的な取扱いについて—白血球が減少した時—	ご飯、クイック煮魚、簡単茶碗蒸し、茹ぎゅうりワカメ酢物、わらび餅
食欲不振時のお食事—味覚が敏感になったとき—	わかめご飯、清汁、焼魚（3味）、冬瓜かにあんかけ、南瓜煮、水ようかん
刺激の少ないお食事—口内炎・食道炎があるとき—	ご飯、減塩旨味噌汁、豚角煮、花形人参、長芋和え物、トマトまるやか煮、杏仁豆腐
吐き気がある方のお食事	冷やし五目素麺、胡瓜と茗荷の酢物、ピーマンとなすのしぎなべ、レモンズフレ、野菜ジュース
下痢・便秘がある方のお食事—食物繊維の摂り方—	ご飯、おから巾着、ナムル、浅漬け、とろろ汁、簡単レアチーズケーキ
味覚変化がある方のお食事	ご飯、金目鯛の大葉巻き、ナッツと野菜の香り蒸し、じゃがいも餅、茗荷となすのみそ汁、ほうじ茶ゼリー
食欲不振時のお食事	ひつまぶし風ごはん、昆布茶汁、鮭のおろし和え、たたききゅうり、フルーツヨーグルトグラタン
消化器術後のお食事—体調に応じたステップアップ—	ご飯、ひき肉とキャベツの重ね蒸し、あんかけ茶碗蒸し、煮物、とろみ煮浸し、ふんわり蒸しパン
口内炎がある方のお食事	ご飯、魚の揚げ煮、クイックけんちん汁、なめらか白和え、極薄切り浅漬け、バナナプリン
吐き気がある方のお食事	漬け物ちらし寿司、擬製豆腐、かぶそぼろあん、柚子味噌和え、梅すまし、芋きんつば
貧血がある方のお食事	ひじきご飯、鯉ステーキ、切り干し大根サラダ、小松菜とあさりの辛子醤油和え、きのこ汁、南瓜団子
味覚変化がある方のお食事	ご飯、鶏肉の酒蒸し、里芋田楽、春菊と人参のお浸し、かきのコンソメスープ、フルーツパンプディング
食欲不振時のお食事	ごまご飯、鮭ロール白菜、みそマヨヨーグルトサラダ、なます、かぼちゃと鶏のささみのポタージュ、求肥と生姜湯
口内炎がある方のお食事	ご飯、シーフードのクリーム煮、大根のとろみ煮、温野菜マヨネーズソース、春雨スープ、苺ムース
吐き気がある方のお食事	淡雪豆腐とにゅうめん、手まりおにぎり、凍り豆腐のはさみ煮、柚子浸し、すりりんごのとろとろゼリー
下痢・便秘がある方のお食事—食物繊維の摂り方—	パン、魚とほうれん草のグラタン風、ヨーグルトサラダ、コンソメスープ、あずきスティックパイ
味覚変化がある方のお食事	ご飯、鍋物、じゃがいも団子（たれ3種）、あさり大根の即席漬け、しっとり牛乳ケーキ
食欲不振時のお食事	生姜の混ぜご飯、あんかけオムレツ、白菜とマカロニのサラダ、菜の花ごま酢和え、豆乳汁、即席しるこ
消化器術後のお食事	ご飯、鶏肉とえびの花焼売、新じゃがと玉葱の煮物、キャベツゆかり和え、みそ汁、バナナ蒸しケーキ

資料4 柏の葉料理教室開催準備のフローチャート

作業時期	項目	内容詳細	所要時間 (min)
開催1ヶ月前	ポスター掲示	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内掲示用ポスターを印刷(A3 19枚、A4 40枚)</li> <li>ミニポスター作成(A4 40枚を裁断、A5 80枚にする)</li> <li>掲示許可印の押印、掲示期間・場所の記入</li> <li>院内掲示板(A3版 19ヶ所)貼り替え</li> <li>置き替え(A4版 2ヶ所、A5版 3ヶ所)</li> <li>他機関への掲示依頼 (メール:OPTIM柏地域のメーリングリスト利用)</li> </ul>	95
開催1週間前	メニュー企画・内容立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>テーマに合わせたメニュー作成・打ち合わせ</li> <li>講義の概要を計画</li> </ul>	120
	栄養価計算	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養価計算(成人1日あたり目標摂取量の1/3程度の栄養量に調整。但し、控え目量の1食と間食としてメニュー考案をおこなう)</li> </ul>	60
開催4～5日前	試作	<ul style="list-style-type: none"> <li>作成したメニューの量、味、手順の確認</li> </ul>	30～60
開催3～6日前	案内状送付	<ul style="list-style-type: none"> <li>申込者に開催場所等、開催案内を郵送</li> <li>案内状作成・印刷</li> <li>宛名書き、封緘め、切手貼り</li> </ul>	40
開催3日～前日	資料作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者用パワーポイント配布資料作成(食事工夫・レシピ)</li> <li>スタッフ準備用資料作成(レシピ、総使用量等記載)</li> </ul>	140
開催前日	資料準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>配布資料、スタッフ調理用資料を印刷</li> </ul>	30
	書類作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者名簿、領収書を作成</li> </ul>	10
	食材買い出し	<ul style="list-style-type: none"> <li>近隣のスーパーで食材購入 (業者発注ではなくスタッフによる直接購入。公共交通機関利用)</li> <li>金額を計上しながら、予算に合わせ品目・量を調整(500円/人)</li> <li>2名で実施</li> </ul>	45
	会場準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>机・イスのセッティング</li> <li>調理器具の準備・洗浄</li> <li>食器洗浄</li> <li>前日から準備が必要なものの調理 (例:米研ぎ、だし取り、ゼラチン料理、氷菓 等)</li> <li>2名で実施</li> </ul>	90
開催日	8:30 調理下準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>調理実演するための準備 (下処理、下茹で、調味料計量、器材出し等)</li> <li>3名で実施</li> </ul>	90
	10:00 プリーフィング	<ul style="list-style-type: none"> <li>調理実演手順の確認</li> <li>盛り付け方の確認</li> </ul>	3
	10:20 受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者名簿への名前記載</li> <li>参加費徴収(材料費として、500円/人)</li> <li>配茶</li> </ul>	10
	10:30 開始 挨拶	<ul style="list-style-type: none"> <li>教室紹介、スタッフ自己紹介</li> </ul>	3
	レクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>症状の成り立ち・食事の工夫について講義</li> <li>献立のポイントを紹介</li> </ul>	20～40
	調理実演	<ul style="list-style-type: none"> <li>調理手技の実演(ポイントとなる内容を重点的に実演)</li> <li>一部、参加者も実演調理に参加</li> <li>スタッフ役割分担:調理実演(1名)、実演補佐(1名)、盛り付け(1名)</li> </ul>	20～40
	食事会	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者・スタッフが一緒に食卓を囲み会食</li> <li>食事の感想、日頃の問題点・工夫点、疑問点について意見交換</li> </ul>	40～60
	12:30 終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>次回案内、アンケート回収</li> </ul>	2
	13:30 後片付け終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>食器洗い、冷蔵庫・会場掃除、ごみ出し</li> </ul>	50～80
	帰院後	参加費納入	<ul style="list-style-type: none"> <li>開催当日中に、病院会計課へ参加費の納入、領収書返却</li> </ul>
開催1日後	会計報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>会計収支報告および関連する所定書類作成</li> <li>現金確認</li> </ul>	30
	ホームページ掲載準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者配布用資料について、HP掲載用に、補足説明を追加</li> <li>翌々月の開催案内ポスター作成</li> <li>HP掲載許可申請</li> </ul>	30

資料5 柏の葉料理教室「食欲不振がある方のお食事」のスライド例

食欲不振時に共通する工夫

- 少ない量に盛り付けましょう
  - 食べきれぬ量を盛り付けましょう
  - ◆ 様々な食品からバランス良く摂りましょう
- 食べやすい味付け・形態にする
  - ◆ つるんと口当たりのよいものが摂りやすい
  - ◆ さっぱりした味、さわやかな香りを試しましょう
- 少量でも栄養価の高い料理を選択する
  - ◆ 毎食たんぱく質源を取り入れましょう
  - ◆ 油を上手に使いましょう
  - ◆ 野菜は加熱してポリウムを減らしましょう
  - ◆ 簡単にできる、作り置きできる料理を試しましょう

抗がん剤・放射線治療の副作用

食事のポイント

1. 消化管への負担が軽い食事にしましょう
2. 食べやすい食品・形態・味付けを選択しましょう

吐き気・嘔吐

- 消化がよく、さっぱりとした食事
- 少量ずつ頻回に分けて食べる
- においの少ない食事、においを抑える工夫  
(冷ます、食材のくさみを取る等)



▼ お茶漬け 寿司 そうめん 冷しゃぶ 冷奴 卵豆腐 酢の物 サラダ 浅漬け すまし汁 シャーベット 等

メニュー

- 炊き込みご飯 (238kcal たんぱく質 7.4g 食塩相当量0.7g)
- 魚のホイル包み蒸し (129kcal たんぱく質12.3g 食塩相当量1.1g)
- 南瓜の煮物 (53kcal たんぱく質 1.5g 食塩相当量0.1g)
- 大根の甘酢漬け (さっぱりした副菜、電子レンジで漬込時間短縮) (11kcal たんぱく質 0.1g 食塩相当量0.3g)
- さつま芋汁 (圧力鍋で時間短縮、調理時のにおいが少ない) (83kcal たんぱく質 5.9g 食塩相当量1.3g)
- 焼きリンゴ (やわらかく食べやすい、少量で高栄養) (124kcal たんぱく質 1.3g 食塩相当量0.1g)

・炊飯器で3品同時調理  
・冷めても美味しい

栄養量 625kcal たんぱく質28.3g 食塩相当量3.4g



さつま芋汁

● 材料(2人分)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 鶏もも肉 40g | だし 300ml  |
| 酒 少々     |           |
| さつま芋 30g |           |
| 油揚げ 1/3枚 |           |
| 人参 1/10本 |           |
| 玉葱 1/6玉  | 塩 小さじ1/6  |
| 大根 40g   | 醤油 小さじ1.5 |
| 椎茸 1枚    | 酒 小さじ2    |
| ごぼう 10g  |           |



● 作り方

- ① 鶏肉は、一口大に切り、酒を振りかける。
- ② さつま芋は半月切りにし、水にさらす。  
ごぼうはささがきにし、水にさらす。  
油揚げは短冊切り、玉葱は薄切り、椎茸は六ツ切り、人参、大根はいちょう切りにする。
- ③ 圧力鍋にだし、塩を入れ、①、②を加えフタをして中火で5～7分加圧し、火を止める。
- ④ 圧力が下がったら、フタを開け、醤油、酒を加える。ひと煮立ちさせて火を止め、盛り付ける。

資料 6 退院支援スクリーニングシート

<h2 style="margin: 0;">退院支援スクリーニングシート</h2> <p style="margin: 5px 0 0 0;">患者が入院し、下記項目にチェックが該当した方を退院支援部門に依頼してください。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">記入日      年      月      日</p>			
患者氏名 (      )歳		患者ID	
主治医:      Dr	入院日      年      月      日	病棟(病室)	
病名:		退院の見込み時期:	
難病: なし・あり	身障手帳: なし・あり	級	担当SW _____
要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中		要介護度: 要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5	
<p>該当する項目が一つ以上ある場合、依頼してください。</p> <p><b>A 生活・家族状況</b></p> <p><input type="checkbox"/> 独居</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 日中独居・日中高齢者のみの世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族に病気、障害等がある</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族の理解力に問題</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が一人しかいない、介護力不足</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的な不安がある</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p><b>B 身体状況</b></p> <p><input type="checkbox"/> 入院前に比べADLが低下・障害発生</p> <p><input type="checkbox"/> 退院後に医療処置が必要 ( <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 点滴・IVH・経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 )</p> <p><input type="checkbox"/> 予後不良・ターミナル</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症・不穏・意識障害</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急入院が頻繁</p> <p><input type="checkbox"/> 医療区分が1に該当する</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>			
<p>※必ず記入してください。</p> <p>記入者名: _____      職種: Dr. Nr. SW. (      )</p>			

2008/6 作成 ver.1

## 退院アセスメントシート (入院後 48 時間以内に退院時の状態を予測して記入)

\*IDの印字はハッキリわかるように

診断:1 頭頸部癌(舌、上・中・下咽頭、口腔底、歯肉、甲状腺、) 2 肺癌、3 食道癌、4 乳癌、5 胃癌、6 腎癌、7 前立腺癌、8 膀胱癌、9 肝癌、10 胆嚢癌、11 膵癌、12 大腸癌、13 子宮癌、14 卵巣癌、15 悪性リンパ腫、16 白血病、17 精巣腫瘍、18 脳腫瘍、19 原発不明、20 その他( )

治療方針(術式・化学療法名など記入) 手術・化学療法・放射線治療・その他 ( )

病期:該当に○をつけてください I・II・III・IV・不明・再発・その他

年齢 男・女 担当Ns  
入院日: / / : : /

目標設定・ケア立案のポイント  
\*各種リソースへのコンサルテーションの必要性をアセスメント  
□症状1. 支持療法チーム  
□症状2. 精神腫瘍科  
□症状4, 5. 栄養管理室・NST  
□症状6. WQ

\*自宅で管理可能かをアセスメント  
□在宅医療の導入をすべきか?  
□退院指導の内容として、どんなことが必要か?

□自宅で車いす・歩行器・手すりの必要性があるか?  
Yes→SWへ

□食事形態等の相談を栄養士に相談したほうがよいか?  
□家族の不安はないか?  
□経管栄養・点滴に関する指導は必要か?(経管栄養剤・必要物品・手技・トラブル対応法・入浴・外出時)

□食事に関して社会資源の導入は必要か? Yes→SWへ

□オムツ・ポータブルトイレが家族が介助できるレベルか?

□全介助・機械浴・シャワーチェアの必要性があるか?  
Yes→SWへ

□点滴の場合、飲み薬に変更可能か?  
□家族指導でOKか、訪問看護につないでおくレベルか?

□自己管理できそうな患者に対しては、早期に自己管理服薬の方向でケアを進める

□いずれも支援リソースあり  
→SWへ相談

□患者や家族は、どのような生活を望んでいるのか?  
□本人と家族の意向が異なる時は、調整する。意向の齟齬の原因は何か?

□利用可能なリソースをSWに相談

□実際の介護力と必要なケアのバランスはどうか?  
□何をクリアすれば、患者・家族の意向が実現できるのか?

□介護保険の手続きが必要か?  
Yes→SWへ

家族背景:(ファミリーツリー記入)

区分	項目	記入日: / /
疾患・症状 ○はいくつでも可	1 疼痛・その他の苦痛症状 2 せん妄 3 終末期 4 摂食・嚥下障害 5 低栄養・脱水 6 麻痺( ) 7 その他( )	
医療処置 ○はいくつでも可	1 症状のコントロール(麻薬管理) 2 気管ろう 3 吸引 4 HOT 5 注射・点滴 6 中心静脈栄養 7 PEG・経管栄養 8 腎ろう 9 褥瘡処置 10 膀胱カテーテル 11 ストーマケア 12 リハビリテーション 13 その他( )	
日常生活動作		
移動	1 歩行可 (□杖 □歩行器 □つたい歩き) 2 車椅子 (□座位保持可 □要介助) 3 移乗 (□要介助 □立位保持可 □全介助) 4 階段昇降 (□可 □不可)	
栄養	-経口摂取 (□一部介助 □全介助 / 嚥下障害 □あり) 食事内容( ) -経管栄養 (□経鼻 □胃ろう □経腸) -点滴(□ IVH □末梢) -ポート(□あり) -食事の準備・買い物 □介護者が実施 □要サービス	
排便	1 トイレ 2 ポータブルトイレ 3 失禁、オムツ 4 その他( )	
排尿	1 トイレ 2 ポータブルトイレ 3 失禁、オムツ 4 尿管□要介助 5 膀胱カテーテル 6 導尿□要介助 6 その他( )	
清潔	1 入浴:□浴槽をまたげないが一般浴室で可 □一部介助 □全介助又は機械浴 2 シャワー:□一般浴室で可(シャワーチェア要・否) □一部介助 □全介助又は機械浴	
皮膚	1 褥瘡:□あり:ステージ( ) □リスク高 2 その他( )	
服薬管理	何らかの介助(□見守り □確認 □セッティング)が必要	
コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他( )	
必要と考えられる福祉用具等	□車いす □ポータブルトイレ □電動ベッド □褥瘡マット □スロープ □入浴イス □その他( )	
希望する退院先	本人 意向 1 自宅 2 他病院 3 老健 4 特養 5 有料老人ホーム・グループホーム 6 その他( ) 7 未確認	
	家族 意向 1 自宅 2 他病院 3 老健 4 特養 5 有料老人ホーム・グループホーム 6 その他( ) 7 未確認	
家族/介護者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安等)	1 独居・介護者不在 2 高齢者世帯 3 日中独居 4 その他( )	
	経済的問題: □心配なし □心配あり( ) 不安の具体的な内容	
保険情報	介護保険申請: 未・済(要支援 / 要介護) 介護保険サービス利用: あり・なし 身体障害者手帳: ( ) 級・障害の種類 ( ) 福祉医療受給: あり・なし 公費制度適用: あり・なし	
備考		

\*必ず記入して下さい  
相談室・退院支援Ns  
に相談するとしたら...

□不要 □在宅療養環境について □経済的問題について  
□在宅での医療処置・ケアの工夫と継続について  
□社会資源・医療制度等の活用について  
□その他( )

◆記入後は医療者で共有する

**退院シート (カンファレンス 病院医師用 [5分])**

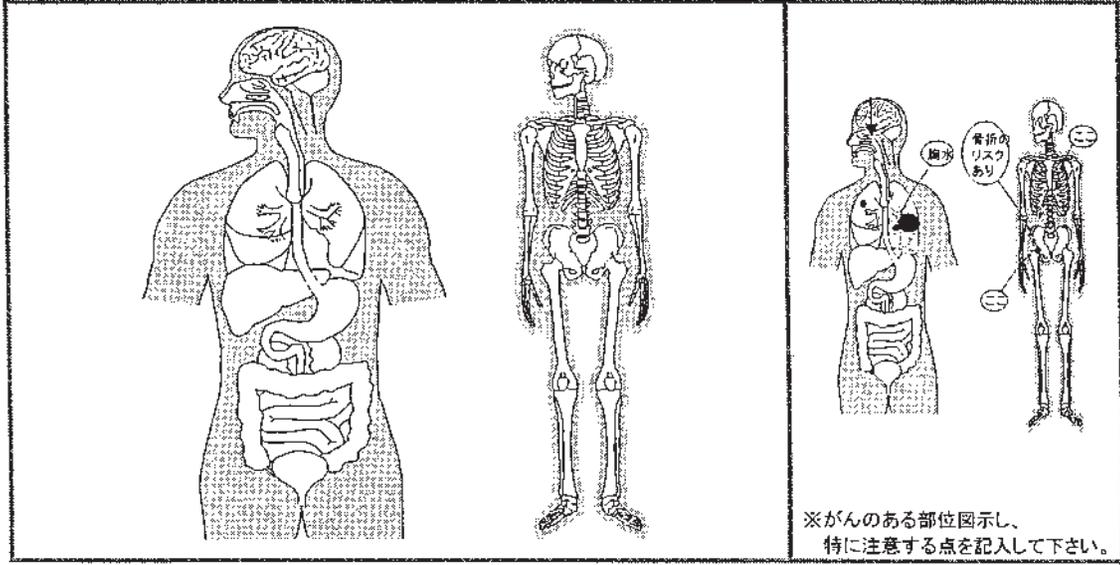
■患者さんは、 さん、 歳、 男性・女性 です。

年 月 初発の  がんの方で、現在  をしています  
(現在の治療等を記入)

重要な医療的事項として

■現在がんのある部位

■記入例



※がんのある部位図示し、特に注意する点を記入して下さい。

■現在の問題点、原因、現治療、予測される事態と対応

	<p>記入例</p> <p>#1 疼痛                  原因: 肺癌による内臓痛                  現治療: 定期薬                  カティアン 60mg 1C 寝る前                  ロキソニン 3錠 分3                  レスキュー ①オプゾ(10mg) 1袋                  (1時間あいていれば反復してよい、1日6回まで)</p> <p>予測される事態と対応:                  1. 痛みが強ければ、レスキューを使用。                  2. 眠気、嘔気があれば連絡。                  3. 下肢の動きにくさを生じれば、麻痺の可能性があるので、緊急で連絡。</p>
<p>※現在の問題点、その原因、行っている治療や処方、退院時に生じることが予測される事態とそのときどうしたらよいかを記入して下さい。</p>	

記入日: \_\_\_\_\_ 記入者: \_\_\_\_\_

**退院シート (カンファレンス 看護師用【5分】)**

■患者さんは、さん、歳、男性・女性  
の人は、  
 (職業、生活、現状等、患者を説明する事項の記入)

- 医療処置  
 ×○はのこつでも可
- |                       |           |               |               |             |
|-----------------------|-----------|---------------|---------------|-------------|
| 1. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール | 2. 気管ろう   | 3. 人工呼吸器      | 4. 吸引         | 5. HOT      |
| 6. 注射・点滴              | 7. 中心静脈栄養 | 8. 経管栄養       | 9. 腎ろう・尿管皮膚ろう | 10. 膀胱カテーテル |
| 11. ストーマケア            | 12. 褥瘡処置  | 13. リハビリテーション | 14. その他( )    |             |

■日常生活状況等は以下の通りです。

日常生活能力	移動	1. 歩行可(口杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き) / 車椅子(口座位保持可 <input type="checkbox"/> 要介助) 3. 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 立位保持可 <input type="checkbox"/> 全介助
	PS*	0: 発症前と同じ日常生活が制限なく行える 1: 軽度の症状があるが、歩行、軽労働や坐車は可 2: 歩行や身の廻りのことはできるが、時に介助が必要 3: 身の廻りのある程度のことではあるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している 4: 身の廻りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている (*ps: performance status)
	栄養	一経口摂取(口自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事内容( ) 一経管栄養(口経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸) <input type="checkbox"/> 点滴(口 IVH <input type="checkbox"/> 末梢) <input type="checkbox"/> ポート(口あり <input type="checkbox"/> なし) 内容・1日量・時間( ) 一食事の準備・買い物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者が実施 <input type="checkbox"/> 要サービス
	排便	1. 自立 2. ポータブルトイレ 3. 失禁、オムツ 4. その他 一排便 回/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘: 使用薬剤( ) 最終排便 /
	排尿	1. 自立 2. ポータブルトイレ 3. 失禁、オムツ 4. 尿器(口自立 <input type="checkbox"/> 介助) 5. 留置カテーテル(種類 Fr/ 最終交換日) 6. 導尿(口自立 <input type="checkbox"/> 介助)
	睡眠	不眠 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用薬剤( )
	清潔	1. 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 浴槽をまたげないが一般浴室で可 <input type="checkbox"/> 全介助又は機械浴 2. シャワー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一般浴室で可(シャワーチェア要、否) <input type="checkbox"/> 全介助又は機械浴 3. 清拭
	スキントラブル	1. 褥そう(口あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> リスク高 / その他( ) 2. その他( )
	服薬管理	1. 自立 2. 何らかの介助(見守り・確認・セッティング)が必要
	コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他( )
必要な福祉用具	1. 車いす 2. ポータブルトイレ 3. 電動ベッド 4. 褥瘡マット 5. スロープ 6. 入浴イス 7. その他	
感染症	<input type="checkbox"/> あり( ) 検査日 / ( ) <input type="checkbox"/> なし	

家族歴	家族構成	■キーパーソン( ) 続柄( ) ■主介護者( ) 続柄( ) 連絡先( ) 連絡の取れる時間帯( )
-----	------	--

病状の理解	■医療者からの病状の説明等の内容 <input type="text"/>	
	■説明内容と受け止め(病状・予後) / 退院の希望 患者 <input type="text"/> 家族 <input type="text"/>	

急変時の対応	■急変時の対応 <input type="checkbox"/> 在宅での治療を続ける <input type="checkbox"/> 緊急受診する <input type="checkbox"/> 入院・入所を希望する
	■CPR <input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 決められない

介護保険申請 未・済(要支援 / 要介護) 介護保険サービス利用 あり・なし  
 身体障害者手帳( ) 級・障害の種類  
 福祉医療受給 あり・なし 公費制度適用 あり・なし

記入日: \_\_\_\_\_ お問い合わせ先: \_\_\_\_\_ 病棟 記入者: \_\_\_\_\_ 病棟師長: \_\_\_\_\_

# 退院シート

患者さん・ご家族用

■ご自宅でおこりうること  
(心配していること)  
(医療者に聞きたいこと)

■このように対応しましょう

病状の理解



連絡先

日 中 →  
夜間・休日 →

まず連絡する所

左が連絡が見つからない場合の連絡先

国立がんセンター東病院  
住所  
TEL 04-7133-1111

患者・家族支援相談室/地域連携室  
TEL

がん患者・家族総合支援センター  
TEL

月 日      医師      /看護師

柏の葉訪問看護ステーションの方へ

ペインコントロールがようやくつ  
いたばかりです。よろしければ、コ  
メントください！

## 地域連携連絡シート

「連絡ください」と書いて、サマリーと一緒にシートを渡す方法も。

### 退院された患者さんの近況報告

送付日：2009年5月1日

送る時期や頻度は、送り手の判  
断で。

送付枚数： 1 枚(送付状含む)

送付先： 柏の葉病院

さつき病棟

看護師 若柴 様

発信先： 柏の葉ケアセンター

〒231-0000

柏市C町1-1-1

柏の葉訪問看護ステーション

看護師 流山 我孫子

TEL : 04-7???-???? / FAX : 04-7???-????

< 4 月 20 日に〇〇病棟を退院された 柏 様の近況です >

#### [療養の様子]

- ・**身体面**：ペインコントロールは良好です。  
先日、車椅子でお寿司屋さんに行かれたそうです。
- ・**精神面**：家族と会話をしたり、穏やかに  
過ごされています。家に帰って  
きてから、夜間良く眠れるよう  
になったそうです。

写真の有無は、送り手の  
判断で。



4月25日撮影

#### [ご家族の様子]

最初は戸惑っていらっしゃいましたが、  
訪問時には冗談も言われたり、少しずつ  
ゆとりが出てきたようです。

#### [コメント]

引き続き、ご家族のケアも続けていきます。  
柏様が若柴さんに「よろしく」とおっしゃっていました。

写真をつける場合は、  
必須です。

患者さん・ご家族の了承済

## 地域連携連絡シート

### 入・退院された患者さんの近況報告

送付日： 年 月 日

送付枚数： 枚(送付状含む)

送付先：

\_\_\_\_\_

発信先： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ / FAX： \_\_\_\_\_

< 月 日に 病棟を入院・退院された 様の近況です >

**[療養の様子]**

・身体面：

・精神面：

**[ご家族の様子]**

**[コメント]**



患者さん・ご家族の了承済



## 地域連携連絡シート運用について

### <地域連携連絡シート作成の背景>

退院後の患者さんの様子はなかなか病院の看護師までは届かず、せっかく退院支援をしてもそれが退院後の患者さんやご家族の生活に役立つものだったのか、その評価をする機会がほとんどありません。このため、自分の行ったケアを次の患者さんへの学びとしたり、自信や意欲につなげたりすることまでは難しい状況です。

このような事情を踏まえ、OPTIM 柏地域では、退院した患者さんの様子が、病院の看護師まで届くように、連絡シートを作成しました。この連絡シートを在宅側の医療関係者が記入し病棟に送ることで、病院看護師が患者さんの様子を知り、行った退院支援について自ら評価することができるようになります。これによって病棟看護師が、在宅療養を少しずつイメージできるようになるとともに、退院支援の重要性や方法を会得することを期待して作成にいたしました。

一方で、このシートは在宅療養をしていた患者さんが入院した場合に、病院側が患者さんの様子を在宅ケア提供者に伝えるために利用することもできます。病院と在宅のケア提供者が相互に連絡をとりあうことで、連絡体制や協力体制など互いの関係性を少しずつ深められることも期待しています。

### <運用目的>

1. 退院後の患者の自宅での療養生活の状況を、退院した病棟へ情報提供できる
2. 病院スタッフが、在宅での療養をイメージでき、今後の退院支援に活かせる
3. 病院・在宅医療機関との情報の交換ができる
4. 病院・在宅医療機関での連絡体制・協力体制を深める

### <利用方法について>

1. 基本的には自由だが、写真掲載の場合は必ず患者さんとご家族の了承を得る  
(写真掲載の有無は、利用者の判断に任せる)
2. 使用する各医療機関の所属長の許可をもらった上で利用する
3. 連絡シートを送る場合は送信ミスを防ぐため、FAX よりも郵送ならびに手渡しを推奨する
4. 連絡シートを送る時期と頻度は、利用者の判断に任せる
5. 病院で使う場合:
  - ・ 看護サマリーと一緒に連絡シート(在宅ケア提供者記入用)を在宅ケア提供者に渡して、後日返信してもらう。
  - ・ 入院患者さんの様子をシートに記入し、在宅ケア提供者に送る  
(病院独自のサマリー・連絡票がある場合は、記入の必要はない)

#### 在宅で使う場合:

- ・ 在宅療養の様子をシートに記入し、病棟看護師に送る
6. 地域連携連絡シートについて  
OPTIM 柏のホームページにて参照、ダウンロード可能

## 資料 8 がん患者のケアマネジメントにおける医療連携の課題

「がん患者」特有の難しさ	経験知が必要	経験の少ない介護支援専門員はターミナルの患者依頼に尻込みする	
		「がん」に抵抗を感じる介護支援専門員がいる。特に経験年数が浅いとその傾向が強い	
		介護支援専門員のバックグラウンドよりも経験年数が、ターミナル受け持ち件数と相関がある	
		何をポイントに情報収集すればよいか分かるには、経験が必要となる	
	報酬が見合わない	がん患者の場合、報酬が見つからないことも多い	
		がん患者の場合、結果の通知前に亡くなるケースが多く、報酬が見つからない	
		連携以前に報酬に結びつかないことが、がん患者のケアマネジメントを妨げている要因である	
	病状進行が早い（制度が、がんの進行にマッチしない）	がんの進行が早く、マネジメントが追いつかない場合がある	
		介護認定が下りていない段階から計画を立てなければならない	
		がん患者は介護申請のタイミングをアドバイスするのが難しい。	
	連携上の問題	医療に関する知識不足	介護職である介護支援専門員は、がんの経過がわからないので、なかなか連携に入り込めない。担当するのも申し訳ない気持ちがある
			医療職ではない介護支援専門員の場合、病院からの情報収集がうまくいかない
近くに質問のできる医療職がない場合、不安			
医療専門用語が分からない			
総合病院との連携の困難さ		がん患者の場合、終末期まで症状がない患者も多く、在宅医療のリソースを入れずらい	
		大病院と介護支援専門員のダイレクトな連携よりも、中間機関（包括支援センターなど）があると、より連携しやすい	
		総合病院から必要十分な情報をもらうことができない	
		病院から介護保険未申請の状態では依頼だけができる	
医師との連携の困難さ		医師に意見を書いてもらうのに苦労する。医師とのコミュニケーションに気を遣う	
		個人情報保護の観点から、医師から情報がもらえないことがある	
		医師へ連絡をとる際、失礼があってははいけなさと気を遣うので、敷居が高く感じてしまう	
医療連携上のコツ		医師への周知事項	意見書がないと認定が下りないことを伝える
	意見書に関して、医師に必要な記入事項を伝える		
	介護支援専門員の仕事内容を知ってもらう		
	訪問看護の有効活用	やると患者の日常生活が楽になるノウハウがほしい	
		わからない言葉は訪問看護師に聞く	
		患者・家族へのがんに特化した情報提供	
		病状のことは訪問看護師に集約する	
		訪問看護師が何をできるかを周知する必要性	
		食事や生活に関するノウハウ	
		専門リソース選択の相談	
	ターミナルケアについての基本的な理解ができていない		
	顔の見える関係	医師と顔の見える関係になることで、コミュニケーションがとりやすくなった	
共通言語の習得	痛みの尺度は役に立つ。患者・家族に教えると痛みが医療者に伝わりやすくなってよい		
制度に関する知識	基本的な医療制度、サービスの導入の仕方がわからない。情報が整理されていてほしい		
	これはやってははいけないということのノウハウがほしい		
介護支援専門員の専門性	リソースの専門性をよく知ることこそ、介護支援専門員の専門性である	専門知識ではなく、どの専門家につなげば問題が解決するかということを知っていればよい	
	マネジメントに徹することが重要	介護支援専門員が専門的知識を患者・家族に伝えられないほうがよい。専門的な質問は専門に振る	

## II. 地域での実践 <浜松地域>



### 浜松地域の概要

#### 1) プロジェクトの活動の概要

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、の4本柱からなる活動が行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」では、マニュアルなど各種マテリアルの配布と、医療福祉従事者を対象とした緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは特に「生活のしやす

さに関する質問票」と「これからの過ごし方について」が使用された。緩和ケアセミナーでは、グループワーク、ロールプレイ、デモンストレーションなどを含む体験型セミナーが企画された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の図書館への設置が行われた。ポスターは2009年度より浜松地域で作成し、図書は市立図書館21施設に設置された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、

表1 年間活動計画(2008年度)

		概要	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	浜松緩和ケア症例検討会	地域の医療福祉従事者を対象に緩和ケアについてのセミナーを行います。 問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局		5/27 (火) 18:45~20:45 「OPTIMのツールの説明」 **病院 *ホール	6/24 (火) 18:45~20:45 「痛みの評価とオピオイドの導入」 **病院 *ホール	7/22 (火) 18:45~20:45 「時々強くなる痛み(突出痛)の治療と看護のコツ」 **病院 *ホール	8/26 (火) 18:45~20:45 「オピオイドの副作用の治療と看護のコツ」 **病院 *ホール
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	浜松緩和ケア連携会議	地域の医療福祉従事者を対象とした、連携の課題に対する解決策を話し合う集まりです。 問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局				7/12 (土) 14:00~16:00 「緩和ケアの地域連携に関わる課題と方略」 パネルディスカッション、グループディスカッションほか **病院 *ホール	
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	アウトリーチ	希望のある医療福祉機関(病院・診療所・福祉施設他)に緩和ケアの専門家がうかがいます。一緒にカンファレンスや診療を行います。 問い合わせ先：聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター		5/14 (水) **クリニック 5/21 (水) **クリニック 5/28 (水) **クリニック	6/25 (水) **クリニック	7/23 (水) **クリニック	8/27 (水) **クリニック
がん患者・家族・住民への情報提供	リーフレットなどの配布・講演会	患者さん・ご家族をはじめ市民の皆さまに緩和ケアの情報をお知らせします。 ・緩和ケアに関するポスター、リーフレット、冊子、DVDの設置 ・緩和ケアを知る100冊 ・地域の利用できる社会資源をHPで紹介 問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局					
システムの構築	OPTIM 企画ミーティング	OPTIMの企画・運営について話し合う集まりです。OPTIMから声をかけさせていただいた方が対象です。 問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局					

\*年度ごとに作成、配布した計画表を示す(固有名詞は匿名化した)

★ OPTIM以外の主催

①「在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み」白髭内科医院 院長/白髭 豊氏(主催・問合せ先:\*\*研究会)、②がん患者のケアマネジメント(主催:浜松市介護支援専門員連絡協議会・浜松市介護サービス事業者連絡協議会)〈対象:上記2団体の会員〉〈問合せ先:\*\*長寿支援課)

地域の緩和ケアに関する相談窓口が設置され、地域の多職種の連携の促進を目的としたカンファレンスが通年で行われた。これと並行して、年度ごとに明らかとなった課題を具体的に解決するためのワーキンググループが随時設定され、2009年度、2010年度と、設置されたワーキンググループは年々増加した。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームの設置とアウトリーチが行われた。アウトリーチは、3年間を通して定期的に行われた。2009年度からは地域の5つの緩和ケアチームが困難事例を共有するための緩和ケアチーム合同カンファレンスが定期的に開催された。

### a) プロジェクトの準備

#### プログラムの進め方

2007年度に、まず「根回し」として、今回のプロジェクトにおいて中心的な役割を担う浜松地域の医療福祉機関・施設へ、プロジェクトの実施主体施設の

医師・看護師・MSW 数名（以下、ステアリングメンバー）で個別に赴き、プロジェクトの説明を行い、内諾を得た。面会は、これまでの知り合いの紹介やプロジェクトの責任者である病院長を経由して、機関・施設の長（または長に準じる管理上の立場にいる者）と実務担当者の両名へプロジェクトへの協力を依頼した。その結果、すべての医療福祉機関・施設でプロジェクト参加の了解が得られた。

次に、地域全体へプロジェクト開始を告知し、協力施設を募るために、890の医療福祉機関・行政機関に案内状を郵送して、プロジェクトについての説明会を開催した（資料1）。閉鎖的なプロジェクトにならないよう、地域全体に呼び掛けることを意図した。プロジェクトの説明会には、97施設147名の参加を得た。

その後、リンクスタッフとしての登録と連絡方法を確立するために、E-mailと郵送で登録申込書を参加者

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
9/16 (火) 18:45～ 20:45 「息苦しさの治療と看護のコツ」 **病院 **ホール	10/28 (火) 18:45～ 20:45 「吐き気の治療と看護のコツ」 **病院 **ホール	11/25 (火) 18:45～ 20:45 「せん妄・不眠・精神症状の治療と看護のコツ」 **病院 **ホール	12/16 (火) 18:45～ 20:45 「看取りのケア・在宅で使える症状緩和の薬剤」 **病院 **ホール	1/27 (火) 18:45～ 20:45 「家族ケア」 **病院 **ホール	2/24 (火) 18:45～ 20:45 「こころのケア」 **病院 **ホール	
		11/8 (土) 14:00～ 16:00 「OPTIM 進捗」 「地域の緩和ケアの課題と解決策」 についてのグループディスカッションほか **病院 **ホール				《講演会》★ 3/7 (土) 14:00～ 16:00① 《講演会》★ 3/14 (土) 15:00～ 17:00②
9/17 (水) **クリニック	10/15 (水) **クリニック	11/19 (水) **クリニック		1/21 (水) **クリニック	2/18 (水) **クリニック	3/18 (水) **クリニック
《市民公開講座》 9/27 (土) 14:00～ 16:30 上手につかおうホスピス・緩和ケア「末期」だけじゃない！ 在宅を支えるホスピスとがん治療を支える緩和ケア **ホール						
			12/3 (水) 19:00～ 20:30 **病院 **会議室	1/14 (水) 19:00～ 20:30 **病院 **会議室	2/4 (水) 19:00～ 20:30 **病院 **会議室	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 3/19 (木) 19:30～ 於：**

に送付し、リンクスタッフとして45施設119名、研究協力者として52施設98名から同意を得た。リンクスタッフと研究協力者を対象に、3年間のプロジェクトを通して活用することになるメーリングリストを作成した。

当初、「リンクスタッフ」とは、OPTIMプロジェクトの趣旨を理解して各施設でがん緩和ケアの普及に努めるもの、「研究協力者」とは可能な限りプロジェクトの各種プログラムに参加するものとして設定した。

## b) プロジェクト1年目の活動の概要 (表1)

2008年度の計画を立てるために、2007年度末に32施設70名によるグループワークで、「がん患者に今求められる

支援・サポートとは」というテーマで話し合いがもたれた。7名ずつのグループに分かれ、議論が行われた。議論の結果は整理され、浜松地域の行動計画案が策定された。

プロジェクト1年目では、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供の4本柱のうち、「緩和ケアの技術・知識の向上」のためのプログラムが多く設定された。痛みの治療や心のケアについての講義と、さまざまなテーマのグループワークを組み合わせた体験型セミナーが年10回定期的に行われた（「浜松緩和ケア症例検討会」）。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」としては、2007年度の活動準備の時点で、浜松地域では、がん緩和ケアに関して同じ地域で働く多職種が集まる機会がないことが明らかになった。したがって、連携の基盤としての

表2 年間活動計画 (2009年度)

	概要	4月	5月	6月	7月
緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー・講演会 地域のすべての医療福祉従事者を対象に緩和ケアについてのセミナー・グループに分かれて、いろいろなテーマの事例検討やロールプレイを行います。 どなたでも参加いただけます。 お問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局				《講演会》★ 7/10 (金) 18:45～ 21:00 「がん患者の心のケア」 名古屋市立大学大学院 准教授 明智 龍男氏 ** 会議室
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	OPTIM 多職種地域カンファレンス 地域包括支援センターのブロックごとに、地域のがん在宅緩和ケアの課題と解決策を話し合います。 どなたでも参加いただけます。 お問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局	(OPTIM 多職種地域カンファレンス) 4/11 (土) 13:30～ 17:00		《講演会》 6/6 (土) 10:00～ 15:00 「退院支援」 京都大学医学部附属病院 退院調整看護師 宇都宮 宏子先生	
	連携ノウハウ共有会 地域の連携担当者が集まって、連携についてのノウハウを共有します。 参加はOPTIMからお願いさせていただいた方になります。 お問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局	① OPTIM ② 事例検討 ③ 地域ごとの話し合い ** 病院 大ホール	《連携ノウハウ共有会》 5/13 (水) 19:00～ 20:30 ** 病院 ** 会議室		《連携ノウハウ共有会》 7/18 (土) 14:30～ 16:00 ** 病院 ** 会議室
	地域でおこなうデスカンファレンス 事例にかかわった関係者を中心にふりかえりを行います。 お問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局				
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	緩和ケアチーム合同カンファレンス 緩和ケアチームのメンバーを中心として、困難事例について共有・ディスカッションします。 参加希望の方は、お近くの緩和ケアチームにご連絡ください。		5/20 (水) 19:00～ 20:30 ** 病院		
	アウトリーチ 希望のある医療福祉機関（病院・診療所・福祉施設他）に緩和ケアの専門家がうかがいます。 お問い合わせ先：聖隷三方原病院浜松がんサポートセンター	4/22 (水)	5/27 (水)	6/24 (水)	研究班特化型診療所医師によるアウトリーチ 7/16～18 アウトリーチ 7/22 (水)
がん患者・家族・住民への情報提供	市民講演会、リーフレット・小冊子の配布、ポスターの掲示、緩和ケアを知る100冊の設置、緩和ケアボードの設置 患者さん・ご家族、市民のみなさまに緩和ケアの情報をお知らせします。				
システムの構築	OPTIM 企画ミーティング 組織的問題を共有できる団体の要職にある方と現場の医療福祉従事者が集まってOPTIMの企画をしたり、各団体の情報を共有する会です。 参加はOPTIMからお願いさせていただいた方になります。 お問い合わせ先：OPTIM 浜松事務局				7/18 (土) 14:00～ 14:30 ** 病院 ** 会議室

★ OPTIM 以外の主催

「顔の見える関係の構築」と「連携の課題の整理」を目的として、多職種が小グループで話し合う「浜松緩和ケア連携会議」が年2回、開催された。

グループワークのテーマは、1回目が「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」などの地域連携に関する10テーマ、2回目が「地域における連携の課題と解決策は何か?」であった。1回目はテーマごとにグループに分かれ、2回目は地域からの要望を受け、地区ごとに11のグループに分かれてのグループワークが行われた。浜松緩和ケア連携会議は、課題を具体的に解決するための枠組みづくりには至らなかったものの、「顔の見える関係」をつくりながら、連携の課題を抽出・共有する機会となった。

また、「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」が初めて開催され、OPTIMプロジェクトで明らかにされた課題のうち行政が関わること、特に介

護保険手続きの迅速化について具体的な対策が検討された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」としては、地域緩和ケアチームの設置がアナウンスされた。あわせて、地域緩和ケアチームによる「アウトリーチ」が行われた。当初、週1回、その後月1回、在宅ホスピスを標榜している診療所に緩和ケアチームが定期的に出張し、診療所スタッフ、訪問看護ステーションのスタッフなどと共にカンファレンスを行ったうえで共同診療が行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、リーフレット・ポスターの配布、市民公開講座、病院図書館への「緩和ケアを知る100冊」の設置が行われた。

年度末に、OPTIMのリンクスタッフ・研究協力者のうち、地域の多職種組織のマネジメントする立場にあるものと現場のスタッフ計30名からなる「OPTIM企画ミーティング」で

8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
8/19 (水) 18:45~ 20:45 「がん性疼痛治療のオピオイドの使い方と看護のコツ」 /GD (小グループディスカッション・事例検討) **病院 **ホール	9/9 (水) 18:45~ 20:45 「スピリチュアルケアと精神的ケア」 /GD (小グループディスカッション・事例検討) **病院 **ホール	10/14 (水) 18:45~ 20:45 「看取りのケア」 /GD (小グループディスカッション・事例検討) **病院 **ホール		12/2 (水) 18:45~ 20:45 「息苦しさの治療と看護のコツ」 /GD (小グループディスカッション・事例検討) **病院	(講演会) ★ 1/21 (木) 18:45~ 21:00 「スピリチュアルケア」京都ノートルダム女子大学 教授 村田 久行氏 ** **会議室		
		(**研究会) ★ 10/17 (お問い合わせ先 **研究会)	(OPTIM多職種地域カンファレンス) 11/14 (土) 14:00~ 17:00 ① OPTIM ② 事例検討 ③ 地域ごとの話し合い **病院				(**研究会) ★ 3/13 (土) 14:00~ 16:00 (お問い合わせ先: **研究会)
	(連携ノウハウ共有会) 9/9 (水) 19:30~ 21:00 **病院 大ホール	(連携ノウハウ共有会) 10/14 (水) 19:30~ 21:00 **病院 大ホール		(連携ノウハウ共有会) 12/16 (水) 20:00~ 21:00 **病院 会議室			
8/6 (木) 19:00~ 20:30 **病院	9/16 (水) 18:30~ 20:00 訪問看護ステーション**	10/7 (水) 19:00~ 20:30 ケアプランセンター**	11/11 (水) 18:30~ 20:00 **病院	12/9 (水) 18:30~ 20:00 **クリニック	1/12 (火) 18:30~ 20:00 **病院	2/5 (金) 18:30~ 20:00 **病院	3/25 (木) 18:30~ 19:30 **病院
8/26 (水) 19:00~ 20:30 **病院			11/18 (水) 19:00~ 20:30 **病院			2/17 (水) 19:00~ 20:30 **病院	
	9/16 (水)	10/28 (水)	11/25 (水)	12/9 (水)	1/27 (水)	2/24 (水)	3/24 (水)
	9/26 (土) ★ 健康はままつ21						
	9/2 (水) 19:00~ 20:30 **病院 **会議室			12/16 (水) 19:00~ 20:00 **病院 **会議室	1/13 (水) 19:00~ 20:30 **病院 **会議室	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 2/23 (火) 19:00~ 20:30 於: **	

次年度の企画についてのブレインストーミングが行われ、活動計画案が策定された（資料2）。

**c) プロジェクト2年目の活動の概要（表2）**

2009年度は、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」に関するプログラムが多く設定された。2008年度で緩和ケアの知識の提供を一通り終え、連携についての課

題が抽出されたが、解決するための取り組みまで至らなかったためである。連携の課題を解決するための複数の枠組みが設定された。主なプログラムは、「連携ノウハウ共有会」と「地域でおこなうデスカンファレンス」「OPTIM 多職種地域カンファレンス」であった。

「連携ノウハウ共有会」は、地域の緩和ケアの連携の課題を共有したうえで、具体的な解決策を考えることを目的とし

表3 年間活動計画（2010年度）

		概要	担当 お問い合わせ先	4月	5月	6月	7月
緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー	緩和ケアの知識・技術の向上を目的とした多職種向けのセミナーです。	OPTIM OPTIM 浜松事務局	4/17 (土) 14:00~ 17:00	5/22 (土) 14:00~ 17:00	6/26 (土) 14:00~ 17:00	
	浜松多職種カンファレンス	地域のがん在宅緩和ケアに関わる方々が顔見知りになり連携を深めるための集まりです。	OPTIM OPTIM 浜松事務局	(OPTIM 集中ケアセミナー) 患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナー 於: **病院 春の OPTIM 集中セミナー 「患者さん・ご遺族の声に基づいたがん患者・家族とのコミュニケーションを鍛えるセミナー」 浜松地域 1000 人の調査結果をもとに、求められるコミュニケーションのグループワークなどを行います (毎回同じプログラムです)。			
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	連携ノウハウ共有会	地域連携に関するノウハウの共有・課題の解決について話し合います。	訪問看護ステーション** **看護師			6/23 (水) 19:00~ 20:30 **病院	
	困難事例カンファレンス	事例にかかわった関係者でふりかえりを行います。	OPTIM OPTIM 浜松事務局	担当: **ケアプランセンター [日程は、担当者より関わられた方に直接ご連絡致します。]	担当: 訪問看護ステーション**		担当: 訪問看護ステーション**
	診療所医師のあつまり	診療連携の促進について話し合います。	**クリニック **医師			6/30 (水) 19:30~ 21:00 「浜松在宅ドクターネット」説明会および立ち上げ会 於: **	
	退院支援担当看護師のあつまり	病院の退院支援担当看護師のスキルアップのための集まりです。	**病院 **看護師		5/26 (水) 19:00~ 20:30 於: **病院		
	アウトリーチ	緩和ケアの専門家をご希望のある病院・診療所・施設などに伺い、一緒にカンファレンスや診療を行います。	OPTIM 浜松がんサポートセンター	[ご依頼のあった施設に伺います。日時はお相談ください。]			
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	緩和ケアチーム合同カンファレンス	緩和ケアチームのメンバーを中心として、困難事例についてのディスカッションを行います。	**病院 **看護師	4/14 (水) 19:00~ 20:30 於: **病院			7/21 (水) 19:00~ 20:30 於: **病院
	地域緩和ケアカンファレンス	緩和ケアチームとともにケースカンファレンスや往診を行います。	**クリニック **看護師	4/28 (水) 13:00~ 17:00 於: **クリニック	5/26 (水) 13:00~ 17:00 於: **クリニック	6/30 (水) 13:00~ 17:00 於: **クリニック	7/28 (水) 13:00~ 17:00 於: **クリニック
	ホスピスの利用について考える会	地域のなかでのホスピスを考える集まりです。	**病院 **医師	4/21 (水) 19:00~ 20:30 於: **病院			
	リーフレットなどの配布・講演会	患者さん・ご家族、市民のみなさまに緩和ケアの情報をお知らせします。冊子・リーフレットの配布を行います。緩和ケアを知る100冊の設置を行います。	OPTIM OPTIM 浜松事務局	リーフレット・小冊子の配布ポスターの掲示 緩和ケアを知る100冊の設置			
システムの構築	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	患者会・家族会・遺族会に携わる実務者のミーティングです。会の運用などについて話し合います。	**センター **医師				7/7 (水) 19:00~ 20:30 於: **
	OPTIM 企画ミーティング	OPTIM の企画・運営について話し合う集まりです。	OPTIM OPTIM 浜松事務局				7/14 (水) 19:00~ 20:30 於: **病院

て行われた。病院で患者の退院や連携に関わるスタッフ（退院支援担当看護師，医療ソーシャルワーカーなど）と、地域のスタッフ（診療所，訪問看護ステーション，居宅介護支援事業所，保険薬局など）からなる15～30名程度の集まりである。年5回行われ，顔を合わせて話し合うことで，問題を一つひとつ共有し，具体的に解決していった。特に，退院前カンファレンスを中心とした退院支援プログラムの学び

合い，退院など療養場所が移行する時に共有する情報項目の整理，地域の在宅緩和ケアに関するリソースの情報交換などが行われた。

「地域でおこなうデスカンファレンス」は患者の看取りの後に事例の振り返りを行うことにより，連携の課題を共有して具体的な解決策を考えることを目的として行われた。連携ノウハウ共有会において，デスカンファレンスの目的と進め方につ

8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
8/7 (土) 14:00～17:00		(OPTIM集中ケアセミナー) 新疼痛ガイドラインのエッセンス ①地域向け 於：**病院 10/13 (水) 19:00～20:30 ②病院別：各病院で実施	秋のOPTIM集中セミナー 新しい疼痛ガイドラインのエッセンスをコンパクトにまとめてお届けします。 地域向けに1回，緩和ケアチームがある病院の院内スタッフ対象に各病院で1回行います。			2/19 (土) 14:00～17:00 **ホール	
	9/15 (水) 19:00～20:30 **病院			12/8 (水) 19:00～20:30 **病院			
担当：**薬局 [日程は，担当者より関わられた方に直接ご連絡致します。]	担当：**病院	担当：**病院	担当：**病院	12/11 (土) 14:00～17:00 **ホール **研究会と合同	*地域合同困難事例カンファレンスは11月までに行った7回分の困難事例カンファレンスのダイジェスト版として公開を行います。(どなたでもご参加いただけます)		
				12/11 (土) 17:30～19:30 懇親会			
8/25 (水) 19:00～20:30 於：**病院			11/24 (水) 19:00～20:30 於：**病院		1/26 (水) 19:00～20:30 於：**病院		
	9/29 (水) 19:00～20:30 於：**病院		11/17 (水) 19:00～20:30 於：**病院		1/19 (水) 19:00～20:30 於：**病院		
	9/22 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	10/27 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	11/24 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	12/15 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	1/26 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	2/23 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック	3/23 (水) 13:00～17:00 於：**クリニック
			11/10 (水) 19:00～20:30 於：**病院				
「病院で死ぬということ」などの著者の山崎章郎氏はホスピスの先駆者です。 現在，小平市で取り組んでいらっしゃる地域ホスピスケアについてお話しいただきます。一般の方向けの講演会ですが，医療福祉従事者の方も是非ご参加ください。							
		10/6 (水) 19:00～20:30 於：**				2/9 (水) 19:00～20:30 於：**	
					1/12 (水) 19:00～20:30 於：**病院		
			OPTIM終了後のプログラムについて話し合う予定です。				

いて共通の認識を得た後に開始された。参加者は、事例に直接関わった医療福祉従事者 10 名程度であった。年 8 回、1 回 90 分、平日の夜に各施設持ち回りで開催された。

「OPTIM 多職種地域カンファレンス」は、緩和ケアに関わる現場のスタッフが集まるカンファレンスであり、多職種にアナウンスされた。参加者は 100～150 名程で、年に 2 回、事例検討や、さまざまな課題や地域ごとに分かれてのグループワークが行われた。

このほか、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」として、退院支援看護師の外部講師による講演会が開催され、在宅診療を専門とする他の地域の医師が浜松地域の診療所を訪問し、訪問診療に同行した。さらに、在宅調剤可能な保険薬局同士の連携である「P 浜ねっと」が立ち上がった。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、2008 年度と同様の、講義とグループワークを組み合わせた緩和ケアセミナー、および外部講師による講演会が年 6 回行われた。このほか、全国で行われた「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が 4 つのがん診療連携拠点病院で共同して行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、リーフレット・ポスターが引き続き配布されたほか、がん診療連携拠点病院に「緩和ケア啓発ボード」（がん治療・緩和ケアに関する冊子をまとめた掲示板）が設置された。また、市立図書館 21 施設に「緩和ケアを知る 100 冊」が設置され、地域で最も大規模に定期的に行われている「健康はまつ 21」で緩和ケアについての市民公開講座が開催された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」としては、

表 4 年間活動計画 (2011 年度)

	概要	担当・お問い合わせ先	4月	5月	6月	7月
緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー	各病院が行う地域にオープンにされているセミナーです。多職種対象で緩和ケアの技術・知識の向上を目的としています。詳細については主催者からのご案内をご覧ください。	各病院にお問い合わせください	**病院 ◇がん看護教育講座「緩和ケア」 5月から隔月(予定)第4金曜日17:30~19:00 ◇がん看護専門 初期コース(対象:看護師) 7月または9月頃から全5回開催予定 お問い合わせ:**センター事務局 tel:***-**-*****(直通) fax:***-**-*****		
	緩和ケアに関する講演会	メーカー等が主催する講演会です。テーマ等は主催者が設定します。詳細については主催者からのご案内をご覧ください。	主催者にお問い合わせください	「神経障害性疼痛に関するもの(予定)」	「ホスピスケアに関するもの(予定)」 6/24(金)	
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	**研究会	地域のがん在宅緩和ケアに関わる方々が顔見知りになり連携を深めるための集まりです。講演会やスモールグループでの交流を深める催しを行います。	**病院 **医師**よりご案内いたします			
	連携ノウハウ共有会	地域連携に関するノウハウの共有・課題の解決について話し合います。	訪問看護ステーション** **看護師		6/8(水)19:00~20:30 於:**病院	
	困難事例カンファレンス	事例にかかわった関係者でふりかえりを行います。	各施設から関係者にご案内いたします	[日程は、担当者より関わられた方に直接ご連絡致します。]		
	診療所医師のあつまり	診療連携の促進について話し合います。	**クリニック **医師			
	病院薬剤師・保険薬局薬剤師のあつまり	薬業連携の促進について話し合います。	**病院 **薬剤師, **薬剤師			
	がん緩和ケアリハビリ研究会	がん緩和ケアリハビリに携わる理学療法士・作業療法士の交流やスキルアップのための集まりです。	**病院 **理学療法士	5/14(土)14:00~16:00 於:**病院		
	退院支援担当看護師のあつまり	病院の退院支援担当看護師のスキルアップのための集まりです。	**病院 **看護師	5/25(水)19:00~20:30 於:**病院		
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	緩和ケアチーム合同カンファレンス	緩和ケアチームのメンバーを中心として、困難事例についてのディスカッションを行います。	**病院 **看護師	5/18(水)19:00~20:30 於:**病院		7/20(水)19:00~20:30 於:**病院
	地域緩和ケアカンファレンス	緩和ケアチームなどとともにケースカンファレンスを行います。地域の困難事例もお持ちよりください。	**クリニック **看護師	5/11(水)13:00~15:00 於:**クリニック(担当:**病院)	6/15(水)13:00~15:00 於:**クリニック(担当:**病院)	7/13(水)18:00~19:00 於:**クリニック(担当:**病院)
	ホスピスの利用について考える会	地域のなかでのホスピスを考える集まりです。	**病院 **医師			
がん患者・家族・住民への情報提供	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	患者会・家族会・遺族会に携わる実務者のミーティングです。会の運用などについて話し合います。	**センター **医師		6/29(水)19:00~20:30 於:**	
システムの構築	企画ミーティング	次年度のがん緩和ケア関係のスケジュールリングについて話し合う集まりです。	OPTIM 浜松事務局			

2008年度から引き続き地域緩和ケアチームによるアウトリーチが毎月実施され、困難事例を話し合うための地域の緩和ケアチームなど緩和ケア専門家が集まる「緩和ケアチーム合同カンファレンス」が年4回開催された。

年度末に、「OPTIM 企画ミーティング」で次年度の企画についてのブレインストーミングが行われ、活動計画案が策定された（資料3）。

**d) プロジェクト3年目の活動の概要 (表3)**

2010年度は、2009年度までの活動を継続するとともに、「緩和ケアの技術・知識の向上」のセミナーが集中的に行われ、「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」の課題ごとのワーキンググループが継続して活動した。また、プロジェクト終了後も継続可能な枠組みの構築が行われた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」として、2010年度は「緩和ケアセミナー」で「患者・遺族調査に基づいた緩和ケアのあり方」の集中的なセミナーが実施された。これは、患者・遺族の調査結果に基づいて必要とされる緩和ケアの要点を、①気持ちを分かってもらえたと思えるためのコミュニケーション、②希望をもちながらも心のこりがないと思えるための関わり、③苦痛をやわらげ、医療用麻薬についての誤解もないようにするための関わり、に焦点化し、講義とグループワークおよびデモンストレーションを組み合わせたプログラムである。合計3回を予定していたが、応募者が多く、4回目が追加で開催された。

このほか、日本緩和医療学会が出版したがん疼痛ガイドラインに合わせて、疼痛治療の講演会が1回、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が4つのがん診療

8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
<p>**病院 「がん看護セミナー」 開催日：6/28 (火)、7/26/ (火)、9/6 (火)、11/7 (月) お問い合わせ：緩和ケア認定看護師 tel: ****-****-**** (代) 内線****</p>				<p>**病院 「看護部教育講座：緩和ケア」 17:30-19:00 7/4 (月) ケアとしてのコミュニケーション 8/1 (月) がんによる疼痛について (概論) 9/5 (月) がん性疼痛 (各論) 10/3 (月) 精神症状 (せん妄) 11/7 (月) 呼吸器症状、消化器症状 12/5 (月) 看取りのケア お問い合わせ：地域医療連携室 tel: ****-****-**** (代)</p>		<p>**病院 ◇「看護部公開講座」 7/7 (木) 17:00-18:30 院内多目的ホール「がん性疼痛のアセスメント」 「がん患者の脱毛に関する看護」 ◇「緩和ケアチーム勉強会」 月1回開催予定</p>	
「疼痛管理に関するもの (予定)」	9/9 (金)「こころのケアに関するもの (予定)」 9/10 (土)「疼痛管理に関するもの (予定)」	「がん疼痛管理に関するもの (予定)」	「突出痛に関するもの (予定)」 「持続皮下注に関するもの (予定)」				
		10/15 (土) 14:00~17:00 **ホール				2/ 未定 (土) 14:00~17:00 **ホール	
		10/12 (水) 19:00~20:30 於：**病院				2/8 (水) 19:00~20:30 於：**病院	
[日程は、担当者より関わられた方に直接ご連絡致します。]							
[日程が決まり次第、浜松在宅ドクターネットのメーリングリストでお知らせ致します。]							
	9/10 (土) 14:00~16:00 於：**病院				1/14 (土) 14:00~16:00 於：**病院		
8/24 (水) 19:00~20:30 於：**病院			11/16 (水) 19:00~20:30 於：**病院			2/22 (水) 19:00~20:30 於：**病院	
	9/21 (水) 19:00~20:30 於：**病院		11/16 (水) 19:00~20:30 於：**病院		1/18 (水) 19:00~20:30 於：**病院		
	9/14 (水) 18:00~19:00 於：**クリニック (担当：**病院)	10/19 (水) 13:00~15:00 於：**クリニック (担当：**病院)	11/9 (水) 13:00~15:00 於：**クリニック (担当：**病院)	12/14 (水) 18:00~19:00 於：**クリニック (担当：**病院)	1/11 (水) 13:00~15:00 於：**クリニック (担当：**病院)	2/15 (水) 18:00~19:00 於：**クリニック (担当：**病院)	
[定期的な集まりはありませんが、開催時にはメーリングリスト等でお知らせ致します。]							
				12/7 (水) 19:00~20:30			3/7 (水) 19:00~20:30 於：**
					1/25 (水) 19:00~20:30 於：**病院		

連携拠点病院で共同して行われた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、先の2年間の原型が課題ごとのワーキンググループに細分化された。時間経過でみると、2008年度から地域の関係者同士が集まる雰囲気ができ、浜松地域における緩和ケアの連携の課題も明確化された。2009年度は、そのなかでも特に課題となっていた病院と地域との連携を改善するための集まりを集中して開催したが、2010年度はそれぞれの集団別・テーマ別の集まりが求められるようになり、連携の枠組みが増えていったといえる。

2009年度からの継続した活動として、病院と地域で緩和ケアを担う医療福祉従事者が病院と地域の連携について具体的に話し合う「連携ノウハウ共有会」が年3回開かれた。また、地域の緩和ケアに関わる現場のスタッフが集まって顔見知りを増やし、課題と解決策を共有していくための「浜松多職種カンファレンス」が年1回行われた。

この2つ以外に、複数の連携の枠組みが立ち上がった。すなわち、①直接患者に関わった当事者が施設を超えて実際の事例についての振り返りを行う「地域でおこなうデスクカンファレンス」を発展させたものとしての「困難事例カンファレンス」(年7回、その内容をまとめて地域全体に公開したカンファレンスとして年1回)、②長崎地域をモデルにした診療所医師同士の連携である「浜松在宅ドクターネット」、③「連携ノウハウ共有会」のメンバーと重複するが退院支援を

業務の中心とする看護師がノウハウを分かち合う「退院支援担当看護師のあつまり」(年4回)、④「ホスピスの利用について考える会」(年2回)、⑤「患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング」(年3回)、などである。

「がん患者・家族・住民への情報提供」は、引き続きリーフレット・ポスターの配布と「緩和ケアを知る100冊」の設置が行われ、市民公開講座が開催された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」についても、引き続き地域緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチが行われ(年間活動計画では「地域緩和ケアカンファレンス」と表記)、緩和ケアチーム合同カンファレンスが年5回開催された。

1年目、2年目は、基本的にステアリングメンバーがプロジェクトのロジスティクスを行った。2010年度はプロジェクトの最終年度であるため、「プロジェクト終了後も継続可能な枠組みの構築」として、3年間で構築されたものが継続するようプログラムごとに地域の実務者が担当した。

#### e) プロジェクト終了後の活動の予定(表4)

プロジェクト終了後も同様の活動に意義があるという参加者の意見から、同様のプログラムを作成し、分担して行うこととした。プログラムごとに担当者を決め、継続できるようにした。また、緩和ケアセミナーは、各がん診療連携拠点病院で行うセミナーを地域に公開した。



# プロジェクトの4本柱ごとの記録

## 1) 緩和ケアの技術・知識の向上

### a) マニュアル・症状評価ツール

浜松地域では、ポケット版の緩和ケアマニュアルである『ステップ緩和ケア』が3年間に累計7780冊、ステップ緩和ケアの実践が映像で示されたDVD『ステップ緩和ケアムービー』が累計2239部配布された(図1)。症状ごとに作成された患者・家族用パンフレットは累計52284枚配布され、苦痛の系統的な評価シートである「生活のしやすさに関する質問票」は累計17401枚配布された(図2)。患者・家族用パンフレットでは、「これからの過ごし方について」「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「定期使用の鎮痛薬を使っても痛みがあるとき」の使用頻度が高かった(図3)。

各マテリアルは、登録している病院、診療所、訪問看護ステーション、保険薬局などへ郵送する資料があるたびに配布された。そのほか、OPTIM参加施設が開催したセミナーの教材として配布されたり、OPTIMリンクスタッフやステアリングメンバーが講師を務める勉強会などで配布されたりした。浜松地域では、特に、『ステップ緩和ケア』『ステップ緩和ケアムービー』『これからの過ごし方について』『生活のしやすさに関する質問票』を中心に配布が行われた。

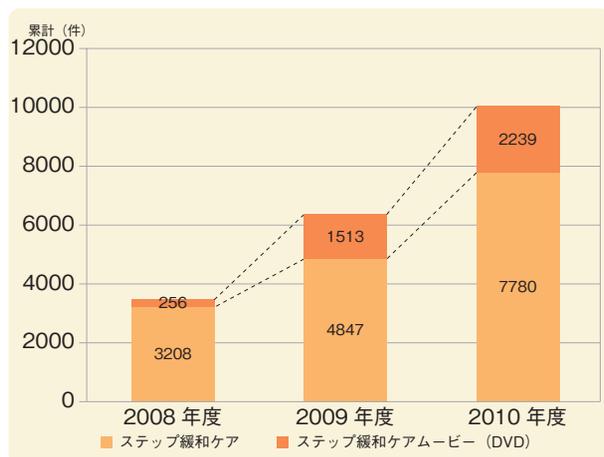


図1 ステップ緩和ケア・ステップ緩和ケアムービーの配布数

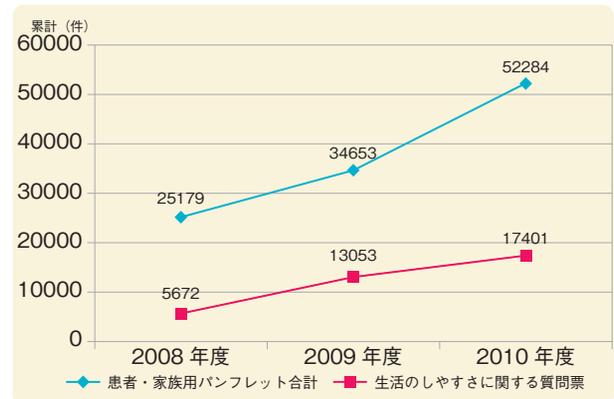


図2 患者・家族用パンフレット, 評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」の配布数

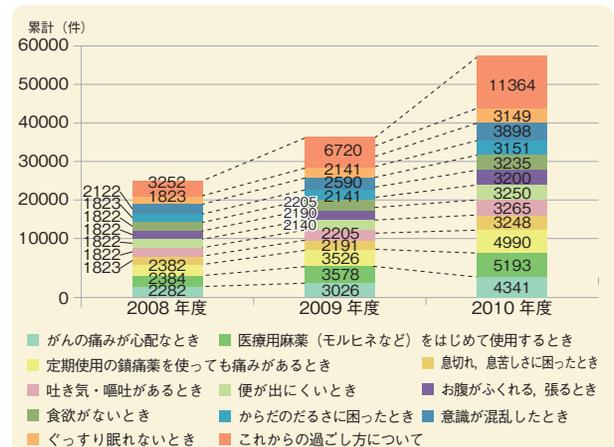


図3 患者・家族用パンフレットの種類ごとの配布数

1週間前頃～の変化



だんだんと眠れている時間が長くなっていきます

夢と現実をいったりきたりするような状態になることがあります。その時できること、話しておきたいことは先送りせず、今伝えておくようにしましょう。

1、2日～数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります

眠気が増すことがあります。眠気があることで、舌痙がやわらげられていることが多くなります。



のどもでゴロゴロという音がすることがあります

だ液をうまくのみこめなくなるためです。眠っていらっしやることが多いですが、意識が浅いことが多いですが、意識があり苦しきがあるときはだ液を減らす薬があります。



呼吸のリズムが不規則になったり息をすすると同時に肩や顎が動くようになります

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって首が動くようになるためです。「あえいているように見える」ことがあります。苦しきからではなく、自然な動きですので心配ありません。



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

●80%くらいの方はゆっくりとこのような変化がでできます。  
20%くらいの方では上記のような変化がなく急に息をひきとられることがあります。

●全ての方が同じ経過を経るものではなく、その方によって異なります。  
医師や看護師と一緒にその時の状態を確認してください。

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする



おしっこや尿の量が少なくなると



つしつまと合わないことを言ったり、手足を動かさず落ち着かなくなる

心臓や呼吸がとまるとき/とまっているのに気付いたときどうしたらよいでしょうか？



- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが患者さんにとっては苦痛となる可能性があります。
- 直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。
- 事前に医師や看護師と話しておきましょう。

■患者さん・ご家族のご希望  
心臓マッサージや人工呼吸を  希望する  希望しない  今は決められない

図 4 看取りの時期の家族のためのパンフレット「これからの過ごし方について」

生活のしやすさに関する質問票

体温 \_\_\_\_\_ 度 ID \_\_\_\_\_  
脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分  
血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 記入日 \_\_\_\_\_  
SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % 氏名 \_\_\_\_\_  
体重 \_\_\_\_\_ kg

1 気になっていること、心配していることをご記入下さい

病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある………  あり  
経済的な心配や制度で分からないことがある………   
日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排尿・排便など)………   
通院がたいへん………

2 からの症状についておうかがいします  
現在のからの症状はどの程度ですか？

4 我慢できない症状がずっとつづいている  
3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい  
2 それほどひどくない方法があるなら考えてほしい  
1 現在の治療に満足している  
0 症状なし

3 気持ちのつらさについておうかがいします  
この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

最高につらい 10  
中くらいにつらい 5  
つらさはない 0

4 専門のチームへの相談を希望しますか？

希望する  
■痛みなどからの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師………   
■経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー………   
■自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい………

からの症状が 2 以上のときは、詳しく症状をうかがうため右ページにご記入下さい。  
気持ちのつらさが 6  
※化学療法を受けられている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

■この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

	全く なかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	これ以上 考えられない ほどひどかった
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
むねけ(うととした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
だるさ(つかや)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
息切れ(息苦し)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

嘔吐 なし 1日に1回 2～5回/日 6回/日以上 睡眠 よく 時々起きるが 眠れない  
取れる だいたい取れる

便秘 毎日 週4～6回 週1～3回 なし 硬い 普通 やわらかい 下痢

口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり 食事の工夫が 十分に食事  
食べられる 必要 ができない

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？(一番困っている症状についてご記入下さい)

1日 100

1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が1日中続く

症状の強さを点数で伝えるのは、難しいと思います。しかし、血圧と同じように数字で伝えていただくことで、医師や看護師があなたの症状を理解しやすくなります。

高いです  
先週は7だった痛みが、今週は2になっている。痛みが軽くなっているな。  
痛みが2に減りました

図 6 生活のしやすさに関する質問票 (浜松版)

⑤「これからの過ごし方について」

「これからの過ごし方について」は、看取りの患者の家族を対象としたパンフレットである(図4)。浜松地域では、遺族調査により効果を評価した(図5)。調査の結果では、遺族の76%が「とても役に立った」「役に立った」と回答した。医療者からは、「最期のときについては医学教育でも看護教育でも系統的な資料はあまりないため、パンフレットがあったことで、自信をもって家族に説明ができるようになった」という意見が聞かれた。

**対象・方法** 遺族を対象とした質問紙調査  
195名中パンフレットを用いた90名に発送し  
62名から回収(70%)

**結果(1) 有用性**

役に立たなかった	3%
役に立った	49%
少し役に立った	17%
とても役に立った	27%

**結果(2) リーフレットについての家族の体験**

この先のような変化があるかの目安になる	86%
家族ができることや、してもよいことがわかる	83%
他の家族に、状況を伝えるために利用できる	75%
気持ちの準備をすることに役立つ	71%
いろいろな症状や変化が、なぜ起きているのが分かる	71%

**結果(3) 自由記述の内容**

不安な気持ちでいっぱい毎日ですので、今起こっていることを正しく理解し、やれることはできる限りやってあげたいと思う家族の気持ちが満たされます。

「まさか」と思っていたら本当にそうになりました。リーフレットの内容はショックでしたが、その反面、とても役に立ちました。母が亡くなる前に、リーフレットに書かれたものと全く同じ状態になっているのに気づき、急いでかけ寄って母に最後の話をしました。母の心を、最後に流した涙で知ることができました、それは「患者さんが話せなくても、家族の話はちゃんと聞こえている」というリーフレットと看護師さんのアドバイスのおかげでした。

図5 遺族による「これからの過ごし方について」の評価

プログラムの進め方

マテリアルの配布では、請求のあった施設や個人への送付、ホームページからのダウンロードのほか、地域での集まりのたびに配布資料と一緒に入れる、参加者が施設に戻って参加しなかった人にも配れるように入り口に自由に持ち帰れるよう設置するなどの工夫を行った。いくつかの病院では、緩和ケアチームが依頼を受けた時にそのつど医師に手渡す、病棟会や医局会を回りプロジェクトの説明をしつつその場で手渡す、などの工夫を行った。

⑥浜松地域独自の作成物

(1) 生活のしやすさに関する質問票(浜松版)

「生活のしやすさに関する質問票」を1年間の運用後、改訂した(図6)。

改訂のおもな点は、①レイアウトを分かりやすくした、②「通院が困難」など在宅移行の支援に関する質問を追加したことである。左ページのみ記入すれば、そこから先は記載しなくてもすむような形態にした。化学療法を受けている患者には痛みのあるケースがそれほど多くないため、痛みに特化した質問のいくつか(レスキューの回数など)を削除した。また、通院が困難となることが予測される患者に対して、早めに在宅支援ができることを目的として、「気になっていること、心配していること」に「通院がたいへん」という選択肢が追加され、支援のニーズを尋ねる欄が新たに設けられた。

「生活のしやすさに関する質問票」は、地域の2つの病院の外来化学療法を受ける患者を対象として使用された。プロジェクトとしては、1つのがん診療連携拠点病院で1年間の質問票を集計して評価された。外来化学療法を受けたがん患者464名のうち455名(98%)の患者に対して質問票が実施可能であり、延べ2854件の質問票が回収された。頻度の多い症状は、疼痛17%・倦怠感16%・気持ちのつらさ16%であった(表5)。「生活のしやすさに関する質問票」は、通常臨床として実施可能であり、患者の苦痛やニーズを把握することに有用な可能性が示唆された。

表5 外来化学療法を受けているがん患者の苦痛・ニーズ

身体・精神症状	頻度(%)		
	中等度	重度	合計
疼痛	12.3	5.1	17.4
しびれ	5.8	3.1	8.9
眠気	7.4	1.8	9.2
倦怠感	12.5	3.0	15.5
呼吸困難	5.6	1.6	7.2
食欲低下	6.0	3.0	9.0
嘔気	2.8	0.9	3.7
嘔吐	1.2	0.2	1.4
口腔内症状	3.2	1.4	4.6
気持ちのつらさ			15.6
睡眠障害			5.4
心理社会的ニーズ			
病状について詳しい説明を聞きたい			7.2
経済面の心配			0.7
日常生活の心配			1.6
通院が困難			0.9
専門サービスへの相談希望			
緩和ケアチーム			3.5
医療相談(MSW)			0.2
在宅支援			0.4

## (2) 『ステップ緩和ケア』に基づく系統的セミナーのDVD

2008年度の1年間に行った緩和ケアセミナーの系統的講義がインターネット上で閲覧できるように公開され、DVDが作成された。

## (3) 『緩和ケアについての必須の知識』

調査によって、医師・看護師に不足している知識が明らかになったため、Q & A形式の小冊子が作成された(図7, 資料4)。冊子では、浜松市での実際の医師・看護師の正答率を表示し、一問一答の簡便な内容とした。また、e-learningが導入可能な病院では、冊子の内容が教育システムに組み込まれた。

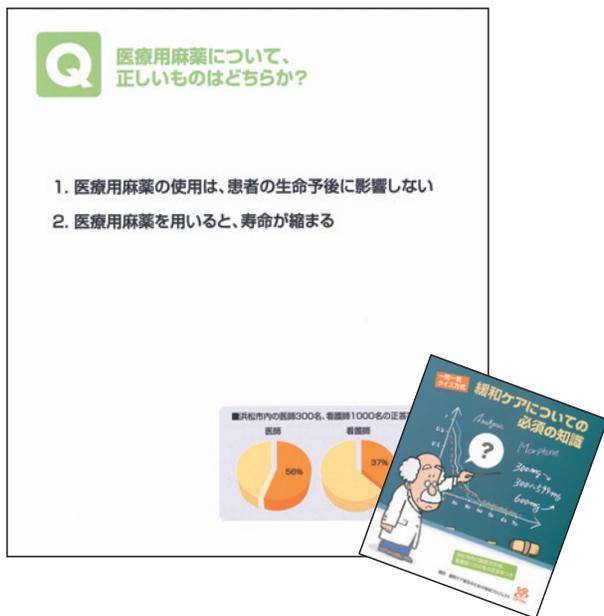


図7 地域での「正答率」が表記された『緩和ケアについての必須の知識』

## b) 緩和ケアに関するセミナー

浜松地域では、3年間に、OPTIMが企画した緩和ケアに関するセミナーが合計22回開催され、参加者は延べ2767名であった(図8)。参加者の61%が看護師であり、薬剤師が13%、医師が10%であった。このほかに、OPTIM以外の実施主体が企画した緩和ケアに関するセミナーとして把握できたものとして合計74回のセミナーが開催され、参加者は延べ4045名であった(図9)。また、都道府県とがん診療連携拠点病院が行う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が合計16回行われ、参加した医師は延べ385名であった(図10)。

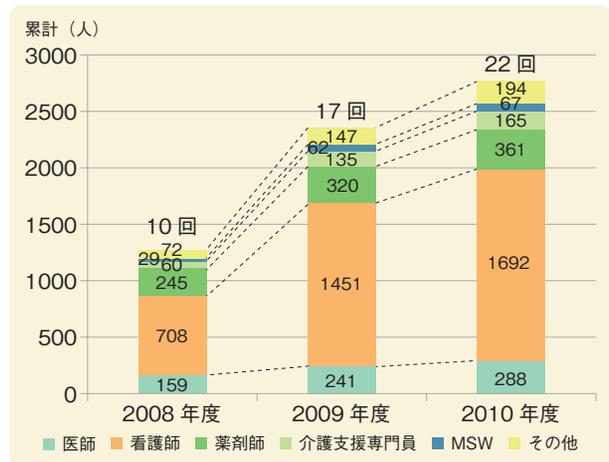


図8 OPTIMが企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

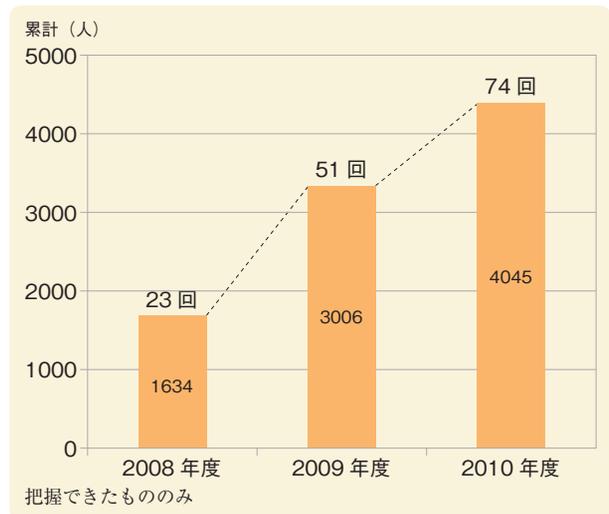


図9 OPTIM以外が企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

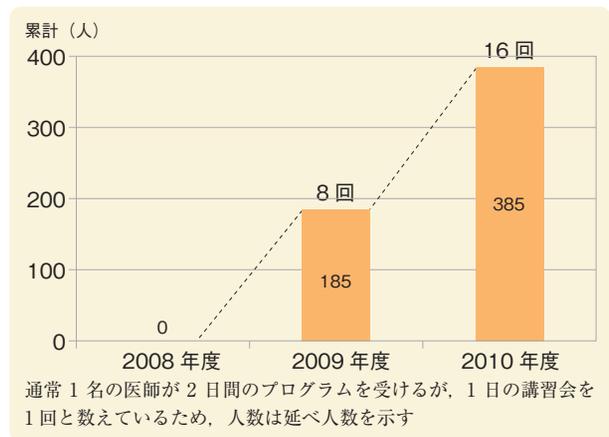


図10 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の回数・参加人数

## ② 2008年度

2008年度の緩和ケアセミナーでは、『ステップ緩和ケア』に沿った系統的な講義が年10回行われた(図11)。

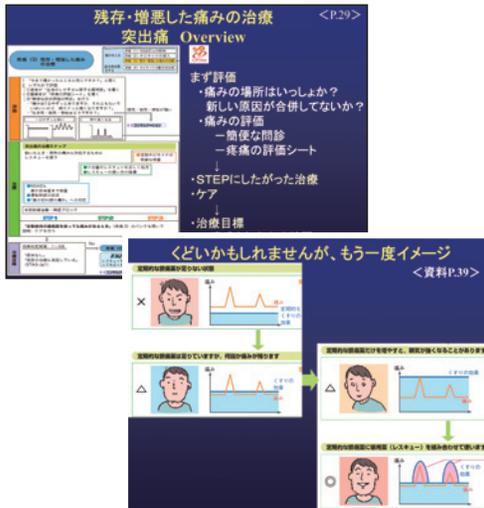


図11 ステップ緩和ケアによる系統的な緩和ケアセミナーで使用したスライド  
セミナーはテキストに沿って行われた

形式としては、①一方向的な講義でなくグループワークと組み合わせ(講義45分、グループワーク75分)で行われた、②講義は医師と看護師など複数の職種が行った、③グループワークのテーマに実際の事例やロールプレイなど実践的な内容が盛り込まれた(資料5)。

評価としては、10回中9回で90%以上の参加者が「とても役に立つ」「役に立つ」と回答した。評価が高かったグループワークは、実技を含むもの、特殊な知識を短時間に得られるもの、パンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的な問題や対応が難しい事例の症例検討、在宅サービスの利用に関したものであった。多くの参加者が、緩和ケアの技術やスキルを学ぶという目的以外に、「交流の場でもある」と考え、「机上の学問ではない実践を試せる場である」と実践と結びついた体験を報告した。

## プログラムの進め方

講義とグループワークの組み合わせという複雑な形式のセミナーとしたため、一方向的な講義と比べて周到な準備が必要であった。準備は、おもに、ステアリングチームの属する聖隷三方原病院の緩和ケアチーム・腫瘍センター・ホスピス・相談室などのスタッフにより行われた。事前準備や当日の役割をまとめたスタッフマニュアルを作成して、当日のスタッフの動き方を決めた(資料6)。

グループワークでは、疼痛など緩和ケアのみならず、リハビリテーション、口腔ケア、エンゼルメイクなど周辺領域でかつ実践的なテーマを取り上げたが、開催の3カ月前には担当者に依頼し、具体的な内容について相談した。

開催のアナウンスは1カ月以上前に行うようにした。メーリングリストを使用し、関心があると思われる人に直接アナウンスを行い、メール環境がない場合にはFAXも併用した。開催間際には2週間前に再度アナウンスを行った。

毎回のセミナーの開催後に、参加者を対象として質問紙調査を行い、評価(「役に立ったかどうか」など)や参加者の声(「次のセミナーで行ってほしい内容・講師」など)を聞いた。1回のセミナーが終了するごとに、当日のファシリテーターを務めた10名ほどで30分間昼休みに話し合いを行い、次回への改善点を挙げていった。この話し合いで具体的に改善された内容は、①講義と症例検討を組み合わせる、②最初からグループ形式で机を並べておきグループワークの際の移動時間を短縮する、③グループワークで隣の声が聞こえないくらいに机を離す、④テーマとして、緩和ケアだけでなく、連携や社会的・経済的な問題を抱える家族への支援を入れる、⑤医師と看護師など多職種で講義を行う、⑥講義の中に臨床で経験することの多い事例を盛り込む、⑦医師などロールプレイの経験が少ない参加者の場合、最初は観察者の役割をとれるようコーディネートする、⑧評価の高かったグループワークのテーマは複数回取り上げる、⑨なるべくOPTIMで作成されたマテリアルを使用する、⑩参加者のレディネスやニーズにあわせて柔軟に内容や進め方を調整する、などである。

また、グループワークでは、当日、参加者の希望にしたがってグループに分かれていたが、「グループワークで扱う内容が分かりにくい」「短時間なので選ぶ時間が少ない」との意見があったため、テーマを一目見て分かりやすいようなものに具体的に記述した。そして、対象職種、ファシリテーターの職種と一緒に表にしたものを、講義中にサブスクリーンに映し出すようにした(図12)。この工夫で、参加者が講義を聞きながら、参加するグループワークをサブスクリーンを見て考えられることを期待した。さらに、グループに分かれる前に、グループワークのテーマと具体的な内容、形態、ファシリテーターを口頭で紹介するようにした。



図 12 緩和ケアセミナーの様子：グループワークや、サブスクリーンの使用

## ⑥ 2009 年度

2009 年度の緩和ケアセミナーでは、講義とグループワークを組み合わせたセミナーが 4 回（疼痛、スピリチュアルケア、看取りのケア、呼吸困難）行われた。講義はトピック的な内容であった。グループワークでは、第 1 回と第 4 回はひとつの共通事例について行い、第 2 回と第 3 回は 2008 年度の評価の高かったものを中心に希望の多かったものが設定された（資料 7）。あわせて、外部講師による講演会（こころのケア、スピリチュアルケア）が 2 回開催された。参加者の評価は、2008 年度と同様であった。

### プログラムの進め方

2009 年度はプロジェクト全体として地域連携に関したプログラムが増えたため、プロジェクト全体の運営上の負担軽減のために、緩和ケアセミナーは前年度の構成を変えずに行い、一部を外部講師に依頼した。外部講師は、2008 年度の質問紙調査で講演の希望の多かった 2 名に依頼した。

セミナーの形式は大きくは変えず、前年度に評価の

高かった 45 分の講義と 75 分のグループワークを組み合わせて行った。内容は、前年度と同じにするか、トピックとするかの選択であったが、同じプログラムでは参加者が集まらない可能性を考え、内容を変えたトピックとして実施した。開催後の質問紙調査での評価をみると、前年度と同様の内容を望む人も半数あり、毎年同じ系統的な講義を希望するニードと、トピック的なものを希望するニードの両方があることが示唆された。

運用上の改善点として、2008 年度は各病院の催しの曜日を十分把握できていなかったため、浜松地域のリハビリテーションの定期カンファレンス開催日で介護支援専門員がセミナーに参加できなかったり、地域のがん診療連携拠点病院の緩和ケアを行う病棟の病棟会と重なっていたりした。したがって、なるべく重複がなくなると考えられた水曜日の開催に変更した。開催場所についても、市北部の聖隷三方原病院は不便なため、外部講師の講演会は市中心部で、緩和ケアセミナーの 1 回は市西部で行った。

◎ 2010年度

2010年度には、春に「患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナー」が行われ、日本緩和医療学会から『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン』が出版されたため、秋には「新疼痛ガイドラインのエッセンス」が行われた。

春の「患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナー」では、2008年度に行われた患者・遺族調査の結果を踏まえた体験型のセミナーが行われた（図13）。

プログラムの内容としては、①患者・遺族調査結果の報告と、調査結果から医療者に求められることについての講義（20分）、②事例を提示したグループワーク（120分）、③グループで話し合われたことの共有とまとめの講義（15分）、④実際のコミュニケーション場面のデモンストレーション（15分）、で構成された（図14）。

プログラムでは、患者・遺族の声を紹介し、地域で医療者が工夫できることについてまとめられた冊子（『浜松市1000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声』）が教材として使用された。患者・遺族調査の結果から、患者・遺族の約40%が、身体的苦痛や精神的ケアの改善が必要だと考えていた。

要望を自由記述から分析し、医療者のとる対応として、「患者・家族の気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい」「患者・家族が後悔しないように話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい」「苦痛が最小限になるように努力してほしい」「生きる希望を支えてほしい」「医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい」に重点をおいて、医師や看護師にできる具体的な工夫を示している（図15、資料8）。

デモンストレーションでは、実際の場面でのコミュニケーションの例として、「希望をもちながらも心残りがないように、どう支援できるか」「苦痛を和らげながら、麻薬への誤解がないために、どう支援ができるか」「どうすれば患者が気持ちを分かってもらえたと思える支援ができるか」に沿った場面が設定され、模擬患者・家族を対象としたコミュニケーションの場面が実際に行われた。

セミナーの評価として、終了後の質問紙調査で、セミナー受講前後の実践の自己評価の変化を尋ねた。受講後には、「医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しないことをはっきりと説明する」「患者や家族の希望を否定せず、気持ちを支えるように対応する」などの行動について、90%以上が「とても増えると思う・増えると思う」と回答した（図16）。



図13 患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナーの、デモンストレーションの様子

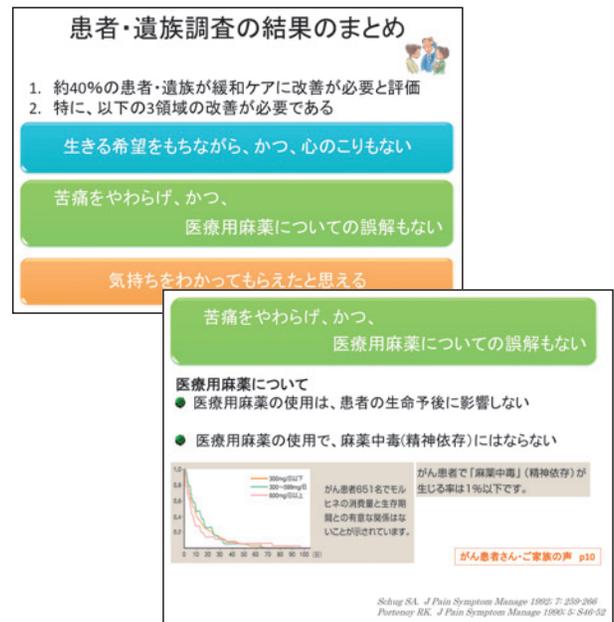


図14 「患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナー」で使用されたスライド

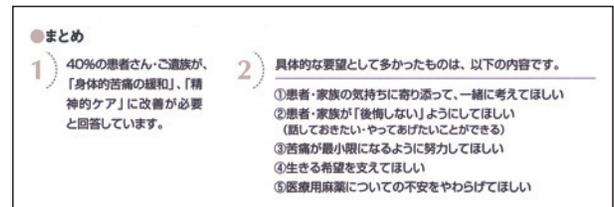


図15 教材として使用された冊子『浜松市1000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声』

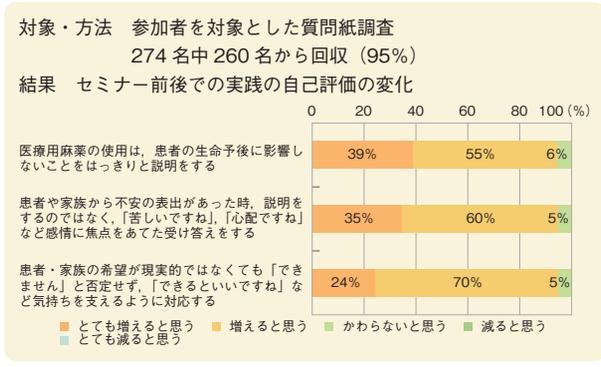


図 16 患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナーの評価

## プログラムの進め方

質問紙調査では、セミナーでは1回でまとめて多くのことを学べる方がよく、土曜日の午後であれば出席しやすいという意見も少なくなかった。したがって、2010年度は、集中的なセミナーを土曜日に行うこととした。事前準備としてファシリテーターと打ち合わせを行い、ファシリテーターマニュアルを作成した。また、デモンストレーションのシナリオを作成した(資料9)。

### c) 浜松地域独自の取り組み

#### ①がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(PEACEプログラム)への追加

浜松市内のがん診療連携拠点病院で行われている、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」(PEACEプログラム)の「地域連携」部分に、OPTIMの紹介と、多職種連携カンファレンスで課題として示された介護保険申請の際に必要な主治医意見書の書き方、退院前カンファレンスへの医師の参加や保険薬局への情報提供の重要性、緩和ケアチームの院外からの活用方法などが盛り込まれた(図17)。

**退院カンファレンス・サービス担当者会議**

■安心して在宅で過ごせるために情報共有が大切なので、ご参加をお願いします

あらかじめ決めておきます

①臨時指示

②いざという時の対応

- ・急変時：在宅/入院(受け入れ先)
- ・症状がとれないとき、介護疲れ(ホスピスの短期入院も可能です)

③連絡先、連絡方法

ファーストコール・セカンドコール

**保険薬局**

「オキシコチン※mg」とだけ書かれた処方箋を持って患者さんがきます。初回投与かどうかもわかりません

「こういう患者さんにこういう処方箋をいただきました」というメモを患者さんにわたしてもらっただけでもとても助かります

図 17 PEACEプログラムに追加された地域連携についての内容

#### ②出張緩和ケア研修

2008年度から2010年度の3年間を通じて、地域の医療福祉機関や団体からの依頼に応じて、緩和ケア専門家による出張緩和ケア研修が行われた。地域の緩和ケアの技術・知識の向上が意図された。

3年間に、延べ80回の出張緩和ケア研修が行われた。診療所36回(2施設)、病院25回(5施設)、地域包括支援センター2回(2施設)、福祉施設2回(2施設)、薬剤師会4回(2団体)、その他(介護支援専門員のあつまりなど)11回であった。行われた内容の内訳は、カンファレンスが39回と最も多く、次いでがん疼痛に関するもの13回、緩和ケア全般に関するもの8回であった。

地域における緩和ケアの課題のひとつとして、介護支援専門員へのサポートが挙げられた。2008年度に行われた介護支援専門員を対象とした質問紙調査でも、がん患者・家族への対応に困難感を持つ介護支援専門員が少なくない実態が明らかにされた。プロジェクトでは、地域の介護支援専門員のあつまりで、緩和ケアを専門とする医師などによる講演や講義などが行われた。主たる内容は、がん患者の病状進行による身体的変化の特徴や患者・家族への対応、がん患者の診療場面でよく使われる医学用語の解説などであった。

また、地域の訪問看護師を対象とした「在宅緩和ケア」研修会が行われた。訪問看護師60名が参加し、緩和ケアを専門とする医師と看護師による講義が行われた。事前に、参加予定の訪問看護ステーションから、講義内容についての要望が収集された。研修会の内容は、「痛み止め(ベース・レスキュー)の使い方、オピオイドローテーション」「医師との連携」「がん緩和ケアにおけるケアのポイント」「看取りのケア」であった。地域における緩和ケアの現状と課題にも触れながら、実践で生かせる知識が共有された。

さらに、小学校・中学校・高校での教育の役割を担う、学校薬剤師の緩和ケアについての知識向上、啓発の一環として、学校薬剤師55名を対象としたセミナーが行われた。緩和ケアを専門とする医師が講師を務めた。内容は、エビデンスに基づいた医療用麻薬についての正しい知識、医療用麻薬についての誤解と対処であった。特に、「麻薬はだめ」だが、医師から処方された医療用麻薬は安全であるから、両親や祖父母など家族の誰かが飲んでいても安心するように、安全な医療用麻薬と危険な麻薬を区別して教育することの重要性が伝えられた。

このほか、診療所医師を対象とした「在宅医療で役立つ連携・苦痛緩和の知識」についての講義、保険薬局薬剤師を対象とした実践的なスキルを身につけるためのセミナー、福祉施設の職員を対象とした緩和ケアについての講義などが行われた。

## 2) がん患者・家族・住民への情報提供

### a) リフレット・冊子・ポスター

がん患者・家族・住民を対象とした緩和ケアの啓発として、リーフレット、冊子、ポスター、DVD・VHS『我が家へ帰ろう』『緩和ケアを知る100冊』リストが配布された。浜松地域では、3年間で、リーフレット63137部、冊子45768冊、『緩和ケアを知る100冊』リスト6420冊、ポスター5149枚、『我が家へ帰ろう』（DVD・VHS）730部が配布された（図18）。

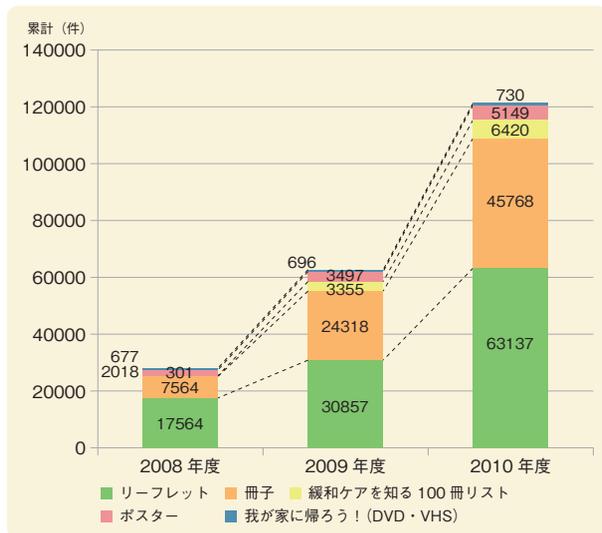


図18 リフレット・冊子・ポスターなどの配布数

配布方法として、浜松市の健康医療課を窓口として行政施設への一斉配布、プロジェクト事務局からのOPTIMの参加施設への一斉配布、および「緩和ケアを知る100冊」を設置した図書館への配布が行われた（図19）。



図19 リフレット・冊子・ポスターの設置の様子

配布施設（2010年度）は、行政施設104カ所（公民館・自治センター・文化センター55カ所、市役所・保健所・区役所49カ所）、医療施設141カ所（病院12カ所、診療所63カ所、訪問看護ステーション17カ所、保険薬局49カ所）、福祉・介護施設62カ所（居宅介護支援事業所33カ所、地域包括支援センター17カ所、施設8カ所、訪問介護事業所4カ所）、浜松市立図書館22カ所、その他（教会など）5カ所、合計334施設に配布された（表6）。

表6 リフレット・冊子・ポスターの設置施設数

医療機関	141
福祉・介護施設	62
公的機関	126
その他	5
合計	334

2008年度の一斉配布後の実態を調べるため、配布した257施設中216施設に訪問調査が行われた（資料10）。その結果、施設での設置率は、公民館・図書館・病院で高いことが分かった（表7）。

設置してあっても、「置かれている場所が適切でなく、該当する患者が来ない場所だった」という意見があった一方、「対象となる患者が見ていなくても、施設のスタッフが読むことで役に立った」という声も聞かれた（図20）。一斉配布の場合、趣旨が伝わらないまま現場に届いていることも少なくないため、設置管理者に目的を伝えることや対象者がいるか把握すること、配布後のフィードバックの重要性が示唆された。



表 7 リーフレット・冊子・ポスターの一斉配布後の設置率

	設置率 (%)
公民館	68
市役所	45
図書館	100
医療福祉機関	50
病院	88
訪問看護ステーション	73
診療所	50
保険薬局	46
居宅介護支援事業所	27
全体	58

対象・方法 設置施設職員 133 名を対象としたインタビュー調査の内容分析

結果

目的を理解して設置することの重要性

- ・ (リーフレットやポスターについて)  
よく分からない, よく知らない (n=32)
- ・ (調査員が趣旨を説明すると)  
次回から意欲的に取り組みたい (n=7)

配布場所に啓発の対象者がいないことがある

- ・ 該当する対象者が訪問しない (n=18)
- ・ (病院, 診療所, 保険薬局, 図書館では)  
関心のある人が見えてくれている (n=34)

配布後工夫する

- ・ 市民や患者に伝えるために設置方法の工夫をしている (n=17)

配布物が多すぎる・知らないうちになくなっている

- ・ ポスターや冊子などは送られてくるものが多すぎる (n=3)
- ・ 知らないうちになくなっていた (n=3)

対象者がいなくてもスタッフが見て勉強する

- ・ (居宅介護支援事業所など対象者が少ない施設では)  
職員が勉強している (n=17)

患者からのフィードバック

- ・ (がん患者をみている施設では)  
患者に個別に渡している (n=12)
- ・ 緩和ケアの話はデリケートで薬局では話しにくい (n=2)

ポスターの内容

- ・ 暗い, 冷たい感じがする, 字が大きく暖かいものがよい (n=9)

図 20 リーフレット・冊子・ポスターの一斉配布のまとめ

プログラムの進め方

【2008 年度の配布・設置】

2008 年度は, 研究班で作成したリーフレット・冊子・ポスターを配布した。行政施設への配布については, 浜松市の健康医療課に協力を依頼し, すでに確立されている各種冊子などの配布ルートを使用することができた。

医療福祉施設へは, OPTIM に登録した時点で一

式を配布し, その後は各施設からの請求で配布した。浜松市立図書館へは, 2008 年度末に中央図書館に「緩和ケアを知る 100 冊」を設置したのに合わせて, ポスター・冊子などを合わせて掲示してもらうように図書館長会で依頼した。また, 市民公開講座, 医療福祉従事者対象のセミナー, 医療関連イベントなどでも配布した。

【2009 年度の配布・設置】

2009 年度には, 行政施設に新しいポスターとともにリーフレット・冊子・ポスターを持参し, 趣旨説明をして一斉配布の依頼をした (2009 年 12 月)。医療福祉施設には OPTIM 登録時に発送した。また, 市民公開講座, 医療福祉従事者中心の講演会, 医療関連イベントでも配布した。

加えて, 行政機関や医療機関に足を運ばない人の目にも触れるよう, 浜松版のポスターが完成後 1 年

間, 公共交通機関への掲示を行った。浜松駅前から発着するバスのうち, 市内の 4 つのがん診療連携拠点病院を經由する路線のバス車内 (24 台) と, 1 つのがん診療連携拠点病院のバス停, またがん患者が比較的多い 2 つの総合病院の最寄り駅構内にポスターを



図 21 バス車内, 駅構内に掲示されたポスター

掲示した (図 21)。さらに, 浜松市管轄の地下道にも計 4 カ所・6 スペースに掲示した。

【2010 年度の配布・設置】

2010 年度も, 行政施設と図書館に 4 月と 10 月に一斉配布を行い, 医療福祉施設には OPTIM 登録時に発送した。また, 市民公開講座や, 医療従事者中心の講演会でも配布した。

〈地域で作成したもの〉

### ④ 啓発ボード

2009年度には、複数の冊子が1つのパネルから入手できるように「啓発ボード」が作製された(図22)。啓発ボードの内容は、ポスター、リーフレット、冊子、わたしのカルテ、『緩和ケアを知る100冊』リスト、DVDなどであった。



エレベーター  
ホール



外来注射室前



腫瘍センター・外来化学療法室共通

図22 緩和ケアの啓発ボード

啓発ボードの評価として、リーフレットなどの「持ち帰り数」を調べたところ、人通りの多いところでは一見すると多く持ち帰られているように見えたが、「通行量」で補正した「通行した人1名あたりの持ち帰り数」は、がん患者が多い場所で最も多いことが分かった(表8)。すなわち、情報を必要としている人が多い場所に設置することが、効率という点では、最もよいことが示唆された。

表8 啓発ボードの「持ち帰り数」

	リーフレット持ち帰り数	
	総数 (枚/月)	通行量で補正 (枚/月/1000人)
通行量の多い外来	235	5.0
外来化学療法室	13	43
腫瘍センター	46	121
ホスピス待合室	43	138

## プログラムの進め方

ポスターや冊子をばらばらに置くと患者にとって目につきにくいことから、プロジェクトでは、病院内での掲示の仕方を工夫しようと考え、2009年度には「啓発ボード」を作成した。

まず、1つのがん診療連携拠点病院(聖隷三方原病院)にパイロットとして設置し、患者が不安になることもないと考えられたため、他3施設にも順次設置した。

工夫としては、OPTIMプロジェクトは緩和ケア普及の取り組みではあるが、「緩和ケア」の資料ばかりでは、「自分には関係がない」と通り過ぎてしまう患者が多いことを考慮し、がん治療や家族、経済的な問題についての内容をバランスよく含めた。

他の工夫として、書店で置かれているポップを参考に、冊子を入れるポケットに吹き出しをつけて冊子で伝えたいメッセージが伝わるようにメッセージを入れた。たとえば、緩和ケア外来に近い場所に設置したボードには、「緩和ケア=末期」ではありません」といったコメントをつけた。また、2つ目の工夫として、ボードの設置場所によってタイトルを変えた。がん患者以外の人も多く通る場所に置いたボードには、がんに関係のない人にもがんを身近に感じてもらえるよう、「がんと共に生きる時代への提案」というタイトルを、がん患者が多く通る場所のボードには「あなたとご家族を支えます」というタイトルをつけた。さらに3つ目の工夫として、通行の妨げになりそうな場所では、通る人の足が止まらないようにリーフレット類を減らして主にポスターを貼った。

ボードには、最も多いところで12種類の冊子を入れているが、OPTIMで作成したものはそのうち4種類で、このほか



図23 啓発ボードに用いたOPTIMが作成した以外の冊子

に国立がんセンターや財団法人がん研究振興財団、病院が独自に発行しているリーフレットや冊子を置いた(図23)。在宅医療に関連した冊子が多かったため、「おかえりなさいプロジェクト」発行の『あなたの家に帰ろう』を取り寄せた。

## ⑥新しいポスター

2009年度には、浜松地域で独自に「一般の市民用」「がん患者用」のポスターが作成され、配布された。

### プログラムの進め方

2008年度に研究班から配布されたA2版・A3版各4種類のポスターは、地域の配布施設を対象としたヒアリングで、「文字が多い」「雰囲気暗い」などの意見が聞かれた。2009年、研究班が新しいポスターを作成したため、地域の多職種15名ほどに意見を求めたところ、「イラストや色使いが配布場所にそぐわない」「メッセージが一般の人向けなのか、がん患者向けなのか分かりにくい」「『緩和ケアをこの地域で受けることができます』と言われても、どうしたらいいのか分からない」などの意見があった。したがって、浜松地域で独自にポスターを作成することとした。

浜松地域で作成したポスターでは、見る対象を明らかにし、その後の行動が具体的に分かるポスターを目指した。「一般の市民用」「がん患者用」の2つに分けてひな形を作成した(資料11)。

「一般の市民用」のひな形としては、「緩和ケア」という言葉をまず知ってもらうことを目的として、最も伝えたい「緩和ケアは(いろいろな)いたみやわらげること」というメッセージを中心に、行動を促す「周囲にがんで苦しんでいる人がいれば、緩和ケアがあることを伝えてほしい」というメッセージを入れることにした。また、掲示場所によっては、他のポスターと混ざることにより、そもそもこのポスターが医療に関するものであることさえ伝わらない可能性も考慮し、「医療に関係すること」「がんに関すること」であることが分かるように、「がん」という言葉を意図的に入れようと考えた。



図24 一般の市民用ポスター完成版

この時点では、「体験者の声」を入れることとした。

一方、「がん患者用」のひな形は、がん患者には多少細かい内容でも読んでもらえることを期待して、「読むポスター」とした。がんになっても苦しまない、または家で過ごすために、「患者にできること」として、「相談センターに行く」「がん治療と一緒に緩和ケアも受ける」「在宅療養の準備をする」「自分の診療情報を持ち歩く」などといった、「患者のできる心がけ」を入れることにした。

これら素案を元に、デザイン会社に複数のデザイン案を依頼した(資料12)。提示されたデザイン案は、「人目につくこと」を第一にデザインされていて、医療施設に掲示するには違和感のあるものも多かったため、「斬新すぎない」デザインに変更を重ねた。ポスター案がいくつかできあがったところで、地域の関係者10名(病院医師、看護師、診療所医師、MSW、薬剤師などの多職種)による意見交換会を行い、確定した。

最終的にできあがったポスターは、「一般の市民用」が、女の子が糸電話で話しているデザインで、よりシンプルなものになった。「がんでつらい思いをしている人に知ってほしい」というキャッチコピーを入れ、「からだのいたみやわらげる緩和ケアがある」ことを訴える内容とした(図24)。「がん患者用」は、男の子が糸電話で何かを聞いているデザインで、「がんの達人に聞く」というキャッチコピーを入れた。「がんの達人」とは、がんのことをよく知っている人という意味で、医師や先輩患者をイメージした。ポスターを見ることが、行動へとつながることをねらい、具体的によりシンプルな「3つの心得」を入れた(図25)。



図25 がん患者用ポスター完成版

◎ 浜松版リーフレット

図書館にリーフレット・冊子・ポスターの設置を依頼する際、浜松地域で具体的に行われているOPTIMの取り組みがわかるチラシが作成され、「緩和ケアを知る100冊」と一緒に図書館に設置された(図26)。



図26 地域でのプロジェクトの活動を知らせるリーフレット

◎ 浜松版『緩和ケアを知る100冊』リスト

『緩和ケアを知る100冊』リストは部数が少なかったことから、市立図書館などの設置場所が増えたことから、より使いやすい小型サイズの浜松版『緩和ケアを知る100冊』リストが作成された(図27)。内容に変更はないが、裏表紙に浜松地域の「緩和ケアを知る100冊」の設置場所が掲載され、持ち帰り可能となっている。



図27 浜松版『緩和ケアを知る100冊』リスト

b) 映像メディア

DVD『我が家へ帰ろう』は、入院患者が家に帰れるという安心感をもてることを目的につくられた。

2008年度の配布ルートは、3つあった。1つ目として、啓発ボードのポケットに一部見本として入れ、ほしい人が相談支援室で受け取れるように設置された。2つ目は、1つの病院でボランティア体験をした中学生に配布された。3つ目は、「メディメッセージ」のイベント時に持ち帰れるように設置された。2009年度、2010年度も啓発ボードへの見本設置は継続したものの、希望者は年間で3名ほどであった。

c) 図書「緩和ケアを知る100冊」

「緩和ケアを知る100冊」は、2008年度、地域のがん診療連携拠点病院4病院の患者図書館に設置された。

病院の患者図書館の利用件数は多いとはいえないため、2009年度に浜松市内21の市立図書館への設置を依頼し設置された。この時点で10冊が絶版だったため、90冊ほどを設置した(図28)。2010年度には、浜松市精神保健福祉センターより、遺族支援を行うなかで活用できる書籍が含まれていることから設置依頼を受け、追加した。

2009年度に150回以上貸し出された本は、『おにいちゃんがいってよかった』(細谷亮太・作、永井泰子・絵/岩崎書店)、『がいこつ』(谷川俊太郎・詩、和田誠・絵/教育画劇)、『像の背中』(秋元康・著/産経新聞出版)、『だいじょうぶ・だいじょうぶ』(いとうひろし・作絵/講談社)、『ちいさなくれよん』(篠塚かをり・作、安井淡・絵/金の星社)、『チャーリー・ブラウンなぜなんだい?』(シュルツ、C.M.、細谷亮太・訳/岩崎書店)、『葉っぱのフレディーーいのちの旅』(バスカーリア、L・作、みらいなな・訳/童話屋)、『わすれられないおくりもの』(バーレイ、S・作、小川仁央・訳/評論社)の8冊であった。



図28 図書館できれいに設置された「緩和ケアを知る100冊」

#### d) 講演会

市民を対象とした緩和ケアの講演会として、浜松地域では、3年間の累計で、14回の講演会が開催され、2049名が参加した(図29)。

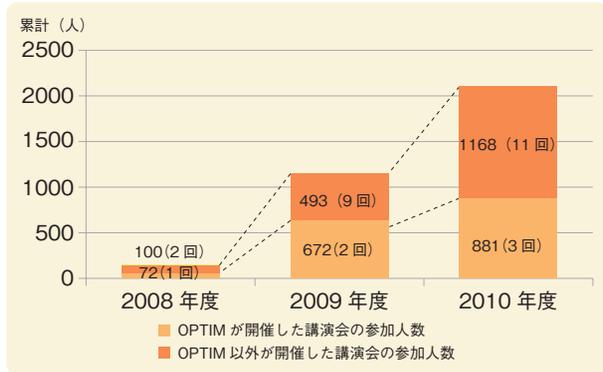


図29 OPTIMとOPTIM以外が開催した市民対象講演会

2008年9月27日、浜松市地域情報センターホールにて、聖隷三方原病院ががん診療連携拠点病院として開催する年1回の市民公開講座が、OPTIMとの共催で開催された。がんの治療についての講演に加えて、“上手につきおうホスピス・緩和ケア「末期」だけじゃない!”と題した講演が行われた(図30)。

2009年9月26日には、浜松市医師会と浜松市が企画した「第5回健康はままつ21講演会」で、OPTIMの依頼により、国立がんセンター中央病院院長(当時)の土屋了介氏の講演が行われた(図31)。

2010年7月18日には、聖隷クリストファー大学との共催で、アクトシティ浜松にてOPTIM浜松主催の市民公開講座「がんと向き合う地域で支える」が開催された(図32)。



図30 2008年度の市民講演会

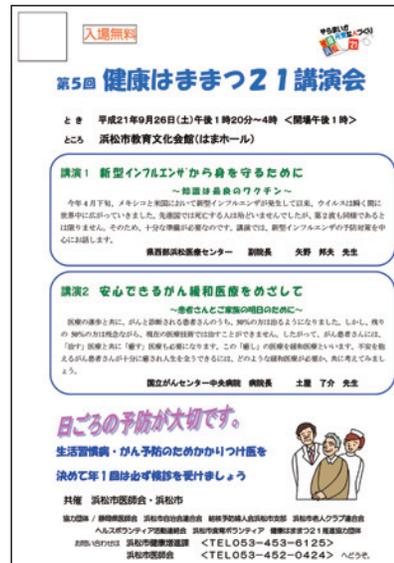


図31 2009年度の市民講演会



図32 2010年度の市民講演会

2008年度から2010年度までにOPTIMに関連した市民講演会は3回行われ、参加者は累計881名であった。講演会では毎回、終了後に質問紙調査を行い、650名より回答を得た(資料13)。その結果、講演会を知るきっかけはポスター・チラシと所属団体からの紹介が多く、参加者は「一般市民」が最も多かった(図33)。また、講演会後には、緩和ケアについて「がんに対する治療と一緒に行う」「苦痛や心配には十分に対処してもらえる」「安心して自宅療養できる」など、正しい知識が増えることが分かった(図34)。

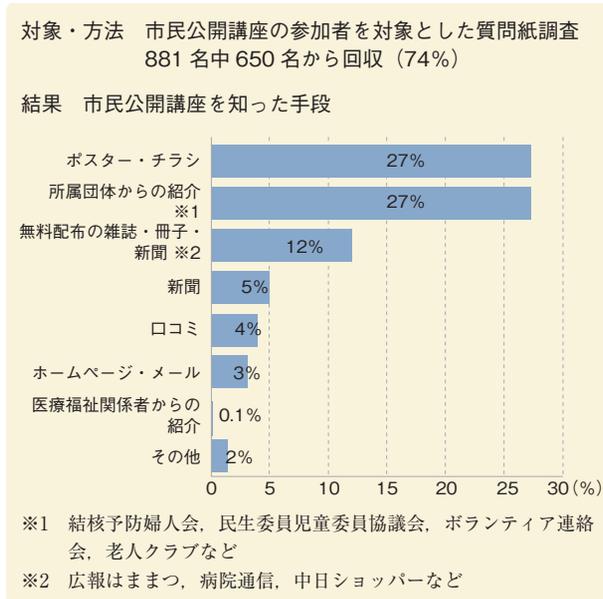


図33 市民公開講座を知った手段

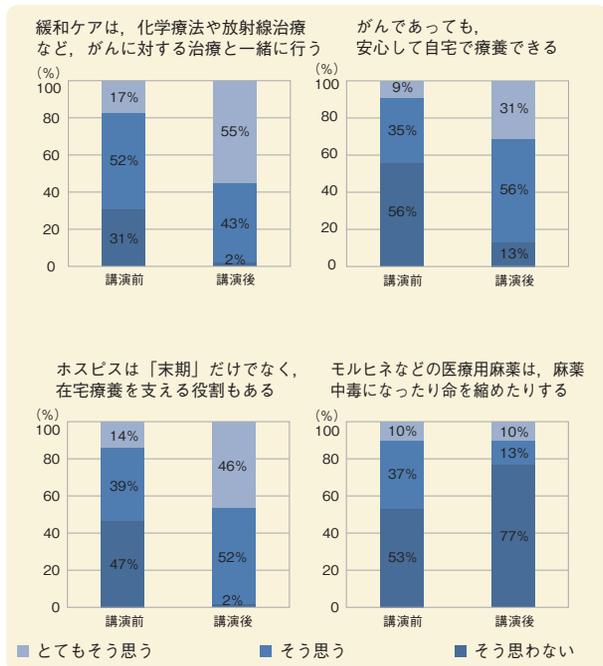


図34 市民公開講座前後での緩和ケアの認識

## プログラムの進め方

プロジェクトでは市民対象の講演会の経験がなかったため、2008年度はプロジェクトの実施主体の病院と共催で行った。しかし、単独で行った講演会では、会場準備、チラシ作成、広報などの負担の大きさに比べて参加者が少なかったため、翌年度からは、既存の講演会に組み込んでもらうことを依頼する方針とした。また、浜松市に「後援」を依頼すると、市内の行政施設にアナウンスしてもらえることが分かったため、2009年度からは毎回依頼を行った。

2009年度は、浜松市ではもっとも規模の大きい市民対象の講演会である「健康はままつ21」で緩和ケアに関する講演会を開催してもらうように、プロジェクトの責任者である病院長(医師会理事)から医師会に打診して了解を得た。講演では、演者が使用するスライドのなかにプロジェクトで作成したスライドを使用してもらうように依頼した。すべての講演会を通して含めた内容は、OPTIMプロジェクトの紹介、浜松の緩和ケアネットワーク組織、がん診療連携拠点病院の相談窓口、および在宅療養を支える新しいホスピスの役割であった(図35)。

2010年度は、プロジェクトとしては、聖隷クリストファー大学と共催で市民講演会を行うこととした。新聞へのプレスリリースを行い、紙面で紹介した(資料14)。

このほか、「健康はままつ21」でステアリングチームと面識のある医師が講演依頼を受けていることがわかったため、前年と同様、演者にプロジェクトで作成したスライドの使用を依頼した。

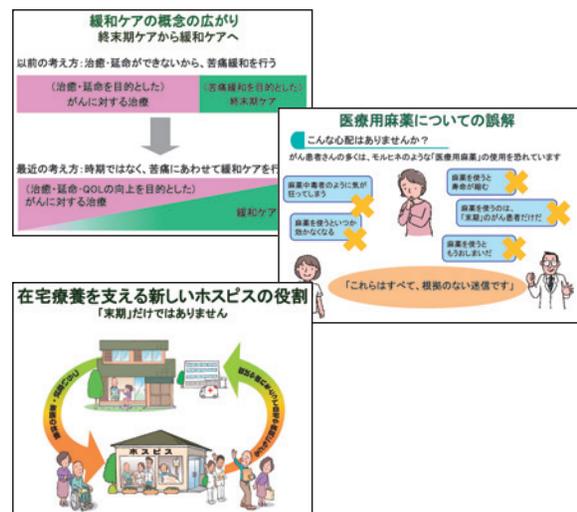


図35 市民講演会で使用されたOPTIMプロジェクトのスライド

e) 地域メディア (資料 15)

2007年12月にはプロジェクト開始をアナウンスし、静岡新聞の一面および社説に取り上げられた(図36)。プロジェクトの開始は、中日新聞、毎日新聞、朝日新聞などにも取り上げられた。



静岡新聞  
図 36 プロジェクト開始を伝える新聞報道

2008年、浜松市内の全戸に配布される広報誌「広報はままつ」3月号にプロジェクト開始の案内が掲載された。加えて、聖隷三方原病院が毎月発行している患者向け冊子「みどりの通信」4月号と、社会福祉法人聖隷福祉事業団発行の職員向け機関誌「聖隷」に記事が掲載された。「みどりの通信」は、診療案内や講演会の案内などで構成され、聖隷三方原病院の外来に設置してあるものを患者が持ち帰るほか、浜松市内の医療福祉機関・行政機関など約820施設に一斉配布されている(毎月約5500部)。社会福祉法人聖隷福祉事業団の職員約10000名に配布される「聖隷」は、社内報として発行されている季刊誌である。

秋には、議員の視察の様子がWEBサイト上に掲載された。また、OPTIMの4地域で新聞に公共広告を掲載した。「聖隷」11月号には、市民公開講座に関する記事が掲載された。

2009年1月には、地域の診療所医師有志が発行しているミニコミ誌である「三方原ネットワーク新聞」にOPTIMの紹介記事が掲載された。2月には、浜松市立中央図書館への「緩和ケアを知る100冊」コーナー設置が新聞で紹介された(図37)。さらに、FMハローで月曜日の7時50分から放送されている「おはようクリニックを聴く」では、3名の医師ががんの痛みや緩和ケアチームの活動、ホスピス・緩和ケア病棟について解説した。

2010年1月には、医療向上に貢献した個人・団体に送られる浜松市医療奨励賞をOPTIMプロジェクトが受賞した(図38)。7月には、OPTIMプロジェクトの取り組みを学会発表で知った記者による取材があり、新聞に取り上げられた。「みどりの通信」10月号には講演会の紹介記事が掲載された。12月にはプロジェクトの「看取りの時期の家族のためのパンフレット」「ドクターネット」が紹介された。

2011年には、OPTIM浜松の活動がNHKで、静岡県、および全国へ放映された。



図 37 (上) 市民図書館への「緩和ケアを知る100冊」の設置を伝える新聞報道

図 38 (下) 浜松市医療奨励賞の受賞を伝える新聞報道

**f) 浜松地域独自の取り組み**

**① 患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング**

プロジェクト前から浜松地域には複数の患者会があり、それぞれ別個に活動していたが、参加者が比較的小さいこと、会同士の交流がないことが課題とされていた。プロジェクト前後で、地域のNPO法人の介護者を支える家族会や、地域の在宅診療を行う診療所で遺族会の立ち上げが計画された。一方、ホスピスでは遺族会という形態ではなかったが、年に1回遺族が集まる会を20年以上行っていた。そのため、2010年度、患者会・家族会・遺族会の実務担当者が、それぞれ活動してきたノウハウを学び合うことを目的に、浜松市の精神保健福祉センターの企画により「患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング」が立ち上げられた。

第1回のミーティングは7月7日に開催され、13の患者会、家族会、遺族会から34名が集まった。各会の活動報告を行ったあと、グループワークが行われ、今後、会で話したい内容について検討された。

10月6日に開催された第2回には、16団体から25名が参加した。自助グループの立ち上げ、遺族会についてのレクチャーのち、グループワークによる情報交換が行われた。

第3回には、18団体から24名が参加した。在宅療養支援診療所が立ち上げた遺族会の報告や、親を亡くす子どもたちのサポートについてのレクチャーが行われ、今後のミーティング運営も含めたグループワークによる情報交換が行われた。

**② 啓発のためのグッズ**

2010年度に、ポスターのデザインを元にしたクリアファイル、OPTIMマークを入れたボールペンが作成された。ファイルは、医療福祉従事者向けのセミナーや市民講演会で資料を挟む、ボールペンは、市民講演会で質問紙調査の記述の際に使うことなどに用いられた。

**③ 民生委員・児童委員などへの働きかけ**

2009年9月に講演会を行った後、参加母体である民生委員児童委員協議会に質問紙調査の結果などの報告を兼ねて、プロジェクトについて普段の活動で生かしてもらえることを意図した案内のチラシが作成された(図39)。しかし、民生委員や児童委員の負担感が大きくなってしまふ可能性があるとの意見を踏まえ、冊子とリーフレットのみが配布された。

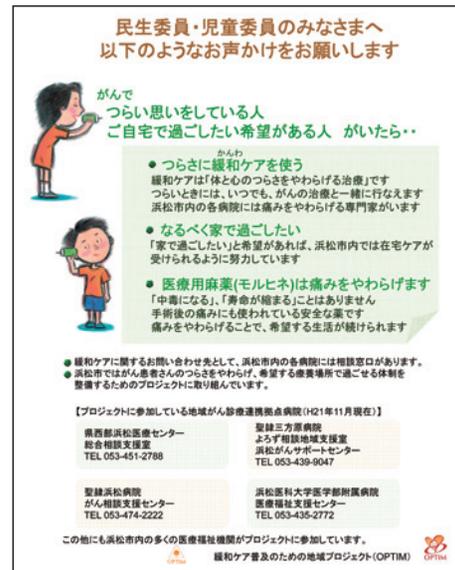


図 39 民生委員・児童委員向けのチラシ

**④ 市民対象のイベントへの参加**

ポスターなどを見た行政関係者や企業の職員から、開催する催しががんと関係のある際に、OPTIMの冊子を置くことを提案することが数件あった。実施に至ったのは2件であった。1つは、静岡県西部地区で活動する医療者と医薬品機器関連企業主催の「メディメッセージ2008 in 浜松」、もう1つは、浜松市文化振興財団主催の「スター混声合唱団 ハートフルコンサート」だった。

「メディメッセージ2008 in 浜松」は、2008年11月29日、30日の2日間、アクティシティ浜松にて開催された。参加者合計は、約5000名であった。OPTIMブースが設けられ、ポスターや冊子、「緩和ケアを知る100冊」、パンフレットが置かれOPTIMの取り組みが紹介された(図40)。

タレントの山田邦子を中心となった「スター混声合唱団」によるハートフルコンサートは、2009年7月11日に、アクティシティ浜松にて開催された。参加者合計は、976名であった。



図 40 メディメッセージ 2008in 浜松

### 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

#### a) 緩和ケアに関する相談窓口

地域全体の患者・家族や医療福祉従事者からの緩和ケアに関する相談を受けるための窓口がつけられた。相談窓口へは、3年間で累計4538件の相談が寄せられた（図41）。

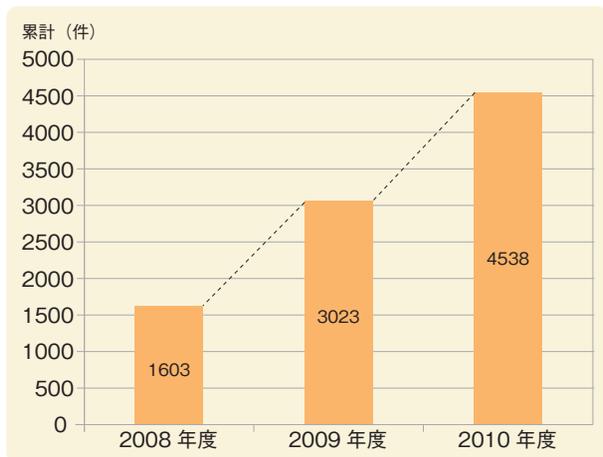


図41 相談窓口への相談件数

浜松地域では、地域に4つある地域がん診療連携拠点病院のうちの1つで、プロジェクトの実施主体である聖隷三方原病院の相談支援室（よろず相談地域支援室）内に、「浜松がんサポートセンター」が設置された。ここでは、もとも総合病院の相談室機能として、MSW・看護師約15名で病院内・地域からの相談を受けていたが、地域に対するがん相談を積極的に受けるという意味で、「浜松がんサポートセンター」という名称を追加したものであった。実質的な施設の設置や人員の増員は行われなかった。開設のアナウンスは、カンファレンスや勉強会、医師会ウィークリーへの掲載など、さまざまな形で行われた（図42）。

#### プログラムの進め方

浜松地域では、相談窓口は既存の地域がん診療連携拠点病院の相談支援機能を利用したため、プロジェクトチームとして特別な活動は、「浜松がんサポートセンター」の名称の追加、アナウンスのみであった。これは、浜松地域は地域に4つのがん診療連携拠点病院があり、それぞれ地域からの相談も受けているため、新しい相談窓口を設置するよりも既存の機能を利用するのが現実的であると考えたためである。

聖隷三方原病院

○「緩和ケア外来」「浜松がんサポートセンター」「地域緩和ケアチーム」を開設いたします。

平成20年度より3年間、厚生労働省研究班より「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(<http://www.gankanwa.jp/>)が浜松市を含む全国4地域を対象に実施されます。当院ではこの事業を受け、また、地域がん診療連携拠点病院としての機能充実に向けて、緩和ケアに関する連携体制を整えましたのでご連絡いたします。

1. 緩和ケア外来：2008年4月設置（毎週木曜午前）。他の医療機関で治療を受けている患者さんで、症状緩和に対する治療を当院で希望される患者さんを外来で診療いたします。痛みなど苦痛緩和についての専門的な診療をおこないます。診察結果は、主治医の先生に対するアドバイス（推奨できる治療を紹介状に記載）、または、処方を追加して行うのいずれも可能です。主治医はかかりつけ医の先生に継続していただき、入院対応は致しません。また、ホスピスの予約とは関係なく、抗がん治療中の苦痛にも対応します。受診にあたっては紹介状と資料をご用意ください。小児腫瘍にも対応いたします。
2. 浜松がんサポートセンター：2008年1月設置。がん患者さん・家族および医療福祉関係者からの相談に対応いたします。内容はがんに伴う痛み、心の悩み、療養場所や医療費のことなど患者さんやご家族が直面するさまざまな問題です。医療ソーシャルワーカーと看護師が対応いたします。
3. 地域緩和ケアチーム：2008年4月設置。他の医療機関でがんの治療を受けている患者さんで苦痛緩和が難決する場合に、医療福祉従事者からの相談に対応いたします。電話・メール・FAXなどで専門的な助言を行う診療支援を行います。また、依頼のある場合、地域緩和ケアチームが医療機関に出張して一緒に診療・カンファレンスを行います。看護師からの依頼については主治医の確認を得られていることが前提となります。

※ お問合せ窓口はすべて「よろず相談地域支援室」にご連絡ください。  
【平日9時～17時：TEL.●●●-●●●（直通）FAX.●●●-●●●】

図42 がんサポートセンター開設のアナウンス

#### b) 退院支援・調整プログラム

地域全体での退院支援プログラムの実施状況を把握するために、まず2007年度に6つの訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を対象としてヒアリングが行われた。その結果、地域全体としてみると、退院前カンファレンスが十分に行われていない、自宅での介護や生活の調整ができない状況で退院してくるなど、病院の在宅支援が十分ではないという課題が明らかにされた。非常に積極的に取り組んでいる施設がある一方で、取り組みが十分に行われていない施設があるなど、地域内の差が大きいことが分かった。

そこで、浜松市内の退院支援プログラムに関わる現場のスタッフが直接ノウハウを共有しながらシステムを構築することを目的として、2009年度に「連携ノウハウ共有会」が立ち上げられた。病院側からは地域連携・退院支援を担うMSW、看護師が、地域側からは診療所医師、在宅ホスピス看護師、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が参加した。開始時は参加施設9施設（がん診療連携拠点病院4施設、一般病院1施設、診療所1施設、訪問看護ステーション1施設、居宅介護支援事業所1施設、保険薬局1施設）、合計15名であった。その後、いくつかの病院の病棟看護師、参加していなかった総合病院の地域連携・退院支援を担うMSW、看護師なども加わり、2010年度の参加施設は合計13施設（がん診療連携拠点病院4施設、一般病院2施設、診療所1施設、訪問看護

ステーション4施設, 居宅介護支援事業所1施設, 保険薬局1施設), 30名で運営された。

2009年度に話し合われた主な内容は, ①退院支援プログラムの学び合い, ②退院する時の情報項目の共有, ③病院で使用している患者指導用のパンフレット(在宅高カロリー輸液の手技についてのパンフレットなど)やチェックリストを退院時に申し送ることなどであった。

「退院支援プログラムの学び合い」については, 各病院から共有できるプログラムを持ち寄り, 持ち寄られた資料をもとに, 看護師への教育プログラム, スクリーニングの方法, 退院前カンファレンスの方法, 医師への声のかけ方などについて学び合った(表9)。その後, 退院支援の部署がより利用されやすくなるための病院内の運用のノウハウについて意見交換が行われた。

表9 退院支援プログラムの学び合い

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

「退院する時の情報の共有」については, 「退院時にケアに必要な情報が看護サマリーなどから得られない」との課題が多く挙げられた。退院時の看護サマリーについて, 地域側からは「必要な情報が記載されていない(入院中の経過よりも, 患者・家族の希望, 在宅で今後生じる事態とその対応など)」, 病院側からは「どの情報が必要なかわからない」という声が聞かれた。当初, 地域全体で「看護サマリー用紙」を統一することを検討した。しかし, 実際に各施設の看護サマリーを持ち寄ってみると, それぞれに各病院の特徴と伝統を生かした書式であることが分かり, 統一は困難なことが分かった。そこで, 「形式」ではなく, 「必要な項目を共有する」ことが話し合われた。

どの項目を入れるかについては, プロジェクトチームにより事前に訪問看護ステーションにヒアリングと質問紙調査が行われ, 抽出された項目のリストが作成されたのちに議論がなされた。特に必要な項目として挙げられたものは, 患者・家族については「どんなふうに家で過ごしたいか」という意向, 医療面では「予測される病態・予後, レスキューの薬剤を

含む予測される症状とその対処方法(この先何が起こる可能性があり, 起きた時にどう対処するのか)」、および「自宅でどのような医療や介護が継続して必要なのかわかり, 家族と医療者との役割分担を決めておきたい」といった「継続する医療」, 看護面では「継続する看護」「医療・介護方法の指導内容とその理解, 継続が必要な内容(指導内容チェックリスト)」であった(図43)。

さらに, 入院時に病院側が必要とする情報(在宅で行われていた処置や介護の方法, 生活, 家族の負担, 療養場所の希望など)についても議論された。病院と在宅医療側が相互に必要な情報を共有することにより, 療養場所が移行する時に必要な情報共有項目が整理された。

2010年度は, 連携ノウハウ共有会の担当者を中心に, 参加者で話し合いのテーマが設定された。内容は, 療養型病院との情報共有, 療養場所の意思決定への支援, 外来における在宅支援の現状と工夫であった。

- 病状の理解, 受け入れ(特に, 家族の誰にどこまで説明がされているか)
- 今後の生活の送り方(どんなふうに家で過ごしたいか, やりたいこと), 目標
- 今後の療養場所の希望
- 介護力, 家族の負担

①本人・家族

- 予測される病態(予後を含む), 予測される症状とその対処方法(レスキューの薬剤を含む)
- 入院する場合の受け入れ先
- 継続する医療
- 往診医紹介の有無
- 医師への連絡方法

②医療

- 継続する看護
- 予測される状況とその対処方法
- 相談窓口
- 医療・介護方法の指導内容とその理解, 継続が必要な内容(指導内容チェックリスト)

③看護

- 必要な医療物品の確認と入手方法(診材物品リスト)
- 必要とされる介護サービス(ヘルパー, デイケア, ショートステイなど)

④介護

- 在宅チームの役割分担
- 連絡窓口(昼間・夜間・休日など)

⑤連携

図43 退院時に「必ず入れる情報」の項目

## プログラムの進め方

2009年度の初回の集まりでは, プロジェクトチームが最初に各病院で使用している退院支援プログラムそのものについて, 特に先駆的に退院支援に取り組んできた病院から持ち寄れるように依頼した。施設によっては, 看護管理者の了解を得た範囲の資料の共有となった。

### c) わたしのカルテ

「わたしのカルテ」は、患者が自分の医療情報を持ち歩くことで、どこにいても適切な医療を受けられるようにすることを目的に、地域の医療者が患者情報を得にくい状況を改善し、情報を共有するためのツールの1つとして作成された。浜松地域では、3年間に、累計6634冊が配布された（図44）。2010年度時点で運用されているのは、1つのがん診療連携拠点病院の腫瘍センターと、1つの総合病院の化学療法外来のみであり、地域全体への普及には至らなかった。

2010年度からは「おくすり手帳」に病名や病状を書き込む方向で再検討するために、病院薬剤部と薬剤師会との会が設定された。

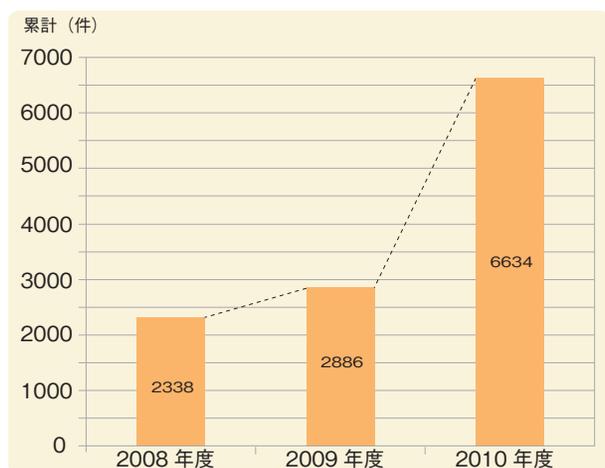


図44 わたしのカルテの配布数

### プログラムの進め方

2008年度から、協力が得られた1つのがん診療連携拠点病院の診療科外来と腫瘍センターでパイロット研究を開始した。腫瘍センターでの調査では、6カ月間に入院したすべての患者に「わたしのカルテ」を配布した。約300名に配布後、関わった医療者と患者への調査を行った（図45）。

患者の声で最も多かったのが、「カルテを持ち歩く必要性を感じない」だった。たとえば、保険薬局が患者の病名が分からないため服薬指導に困難があると感じていても、患者は薬がもらえればよく、薬剤師に病名などの情報を伝えることが必要とは思っていない場合が多かった。また、「医療者から見せるようにいわれないと、自分からは見せにくい」「自分の病気を周囲の医療者に知ってもらいたい」という声も多く、地域で患者に関わる「すべての医療者がわたしのカルテについて（母子手帳のように）知っている」

対象・方法 「わたしのカルテ」を使用した患者20名を対象としたインタビュー調査の内容分析

#### 結果

##### 使用のメリット

- ・自分のからだの様子が分かる
- ・検査データなどをなくさなくなった
- ・検査データなどはさんでおくと、いつでも確認ができる
- ・過去の検査データと最新のものを比較しやすい
- ・検査の結果などを、家族で共有できる
- ・診療所を受診するとき、病気についてすぐ伝わる
- ・不確かだった情報が減り、安心感が増した
- ・緊急時の備えとして、所有していると安心である

##### 使用のデメリット

- ・検査データははさんでいるが、数値や記号の意味が分からない
- ・療養の記録を患者・家族で記入するのは困難。医療者に記入してもらいたい
- ・医療者から見せるようにいわれないと、患者・家族からは見せにくい
- ・自分の病気を周囲の医療者に知ってもらいたい必要性を感じない
- ・開業医や薬局に持って行くのは大げさだと感じる
- ・中身を家族や友人に見られるのは抵抗がある
- ・受け取ったとき、十分な説明がなかったため、使い方が分からなかった
- ・受け取ったとき、「こんなものをもらうほど自分の病気は悪いのか」とショックを受けた
- ・紙製なので耐久性に劣る

図45 わたしのカルテについての患者の声

という状況にならなければ、普及は困難であることが分かってきた。一方、情報を自己管理したい患者によっては、「自分のからだの様子が分かる」と考え、カルテに肯定的な人もいた。

そこで、2008年度からパイロット研究を行った同じ施設で、患者への配布を継続しながら、医療者間でカルテを普及させるため、連携ノウハウ共有会を通じて、訪問看護師や病棟看護師に退院前カンファレンス時の使用を促した。しかし、退院前カンファレンスを開催する患者の絶対数が少ないため地域への効果は限定的であった。

また、薬剤師会と相談し、薬剤師会理事会で「わたしのカルテ」の趣旨を説明し、薬剤師会から関心のある薬局を募り、リストを作成することとした。しかし、患者に参加している薬局が分かる（「どこにいけばわたしのカルテを見せて通じるのか」が患者に分かる）ようにするためには、特定の薬局名を病院などで開示する必要が



図46 薬局に配布されたポスター

あり、特定薬局への利益誘導につながる可能性があるなどの意見のため実現に至らなかった。並行して、OPTIMプロジェクトに参加している薬局を対象として、薬剤師会で以前から普及に努めていた「おくすり手帳」と同時に「わたしのカルテ」の携帯を促す内容のポスターを作成し、配布した(図46)。しかし、「おくすり手帳」の普及も十分ではない状況で、さらに複雑な「わたしのカルテ」の普及は難しいと判断し、「わたしのカルテ」の地域全体への普及はプロジェクトチームとしては困難と判断した。

#### d) 多職種連携カンファレンス

連携の基盤となる「顔の見える関係」構築のために、浜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556名が参加した(図47)。職種では看護師が46%と最も多く、介護支援専門員16%、医師14%、薬剤師14%であった。

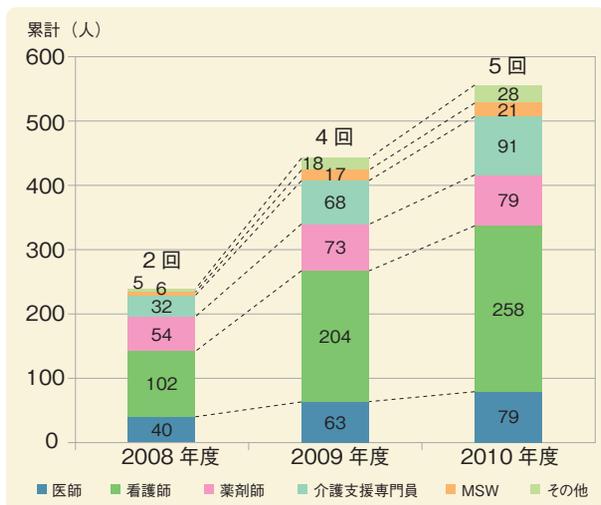


図47 多職種連携カンファレンスの回数と参加人数

#### e) 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48)。

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。プログラムとしては、①パネルディスカッションで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49)。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・調整」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50)。



図48 多職種連携カンファレンスの様子

**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) 本日の集まりの趣意を共有しませ
  - 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、言いたいことを伝えられる「ゲーム」をします
  - ①皆様あてに自分の得意なことや今困っていることを紙に書いて伝え合います
  - ②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 14:10~15:30
  - 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
  - 病院(地域連携室)○○○○看護師
  - 病院(緩和医療科)○○○○医師
  - 病院(○センター)○○○○医師
  - 病院(ホスピス)○○○○医師
  - 病院(○センター)○○○○看護師
  - クリニック(○○○○医師)
  - 診療所(○○○○医師)
  - クリニック(○○○○看護師)
  - 訪問看護ステーション○○○○看護師
  - 薬局(○○○○薬剤師)
  - OPTIMプロジェクト(○○○○医師)
  - 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師の取組(診療所医師)
  4. 入院可能な施設(ホスピス・療養病棟等)の施設について考える(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・緩和ケアチームのいないとき(病院医師、病院看護師)
    - 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. ○○○○病院の退院支援・調整①内科・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. ○○○○病院の退院支援・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

図49 第1回多職種連携カンファレンスのプログラム

初回のため交流を深めることを目的に、学校教育で使用される自己紹介（「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16）。

## 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、得意なことや今頑張っていること、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、地域ごとで話したほうが、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。

### ⑥ 第2回（2008年度、「浜松緩和ケア連携会議」）

第2回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51）。

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。

訪問看護ステーションからの発表



図 50 多職種連携カンファレンスで使用された施設紹介の発表例

**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) 地域全体の課題を明らかにさせる

**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)**  
 ① OPTIM 連携  
 ② がん緩和在宅医療の連携

**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、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  
 北部(1),(2),(3) 中部(1),(2),(3) 南部(1),(2) 東部(1),(2) 西部  
 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。お問い合わせもいたします

図 51 第2回多職種連携カンファレンスのプログラム

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分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をサブスクリーンに流す試みが行われた（図52）。

居宅介護支援事業所の発表

**●●●●●●●●●● 居宅介護支援事業所**

連絡窓口: ●●●●● (ケアマネジャー)  
 ●●●●● 区 ●●●●●  
 TEL&FAX: ●●●●● 携帯: ●●●●●  
 E-mail: ●●●●●

●●●●● 居宅介護支援事業所

●●●●● スターマ・ろう乳・緑道・ワンド・スキャンケア  
 施設に関する最新の知識、用具や方法の提案・  
 指導・個別の相談などを提供しています。  
 ●●●●● 看護外有償サービスで、原則完全予約制。  
 費用はめやす。稼働1時間 ¥1000から ¥  
 交通費1000 ¥500 (遠隔エリアに関しては、目  
 録とあわせて事前にお問合せ下さい。)  
 ●●●●● 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、ご紹介します。)

【ちょっと紹介】 ●●●●● 学習会、研修会  
 ●●●●● だれもが気持ちよく介護ができる社会をめざし  
 て、浜松まなびセンターで、産前産後や後遺・障  
 害者生活などの説明会や啓蒙活動などをしていま  
 す。  
 会員や、出前聴覚障碍のボランティアを募集中！  
 町めぐりのへんしん・元気のみかたうらもまん

**●●●●●●●●●● 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きます



診療所の発表

図 52 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色の付箋と、ディスカッション用の青・黄色の付箋を用意した。ピンク色の付箋は、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か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 17)。

### ◎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

**緩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】**

- ① 2008年度のもとめと2009年度の行動計画を共有する
- ② 顔のみえる関係づくり、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

- I. 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年度のもとめ・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

(休憩)
- 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
  - ② 全体での共有(20分)
- V. 閉会のことば
  - \* 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

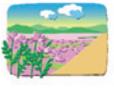


図 53 第3回多職種連携カンファレンスのプログラム

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 53)。

## 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、想定したほどには盛り上がりなかった。

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、「うまくいった事例」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、「うまくいった事例」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回が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54）。

「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55）。

### プログラムの進め方

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。

**「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・ご家族の声をきく [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：在宅にい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：在宅にいる患者さんのご家族やご遺族に対するとりくみ、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54 第4回多職種連携カンファレンスのプログラム

### 病棟看護師からの発表

**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

↓

地域側が必要とする情報

本人家族の  
病状認識

今後予測される  
病態や予後

指導の  
習得レベル

病状が変化した  
ときの連絡窓口

② 退院後に継続される課題の明記が重要

訪問看護ステーションからの発表

---

**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。

### 薬剤師会からの発表

**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

ホスピス病棟からの発表

---

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

図55 多職種連携カンファレンスでの取り組みの発表内容

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」「施設における看取りを考える」などであった（図56）。

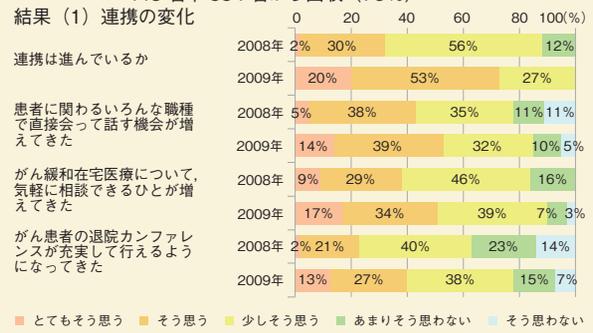


図56 第5回多職種連携カンファレンスのプログラム

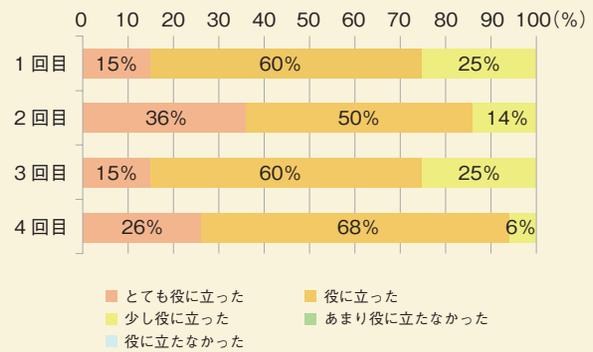
⑥多職種連携カンファレンスのまとめ

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年度年に比べ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57）。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・相談することに有用であると評価された。

対象・方法 多職種連携カンファレンスの参加者を対象とした質問紙調査  
443名中334名から回収（75%）



結果（2）全般的有用性



結果（3）領域ごとの有用性

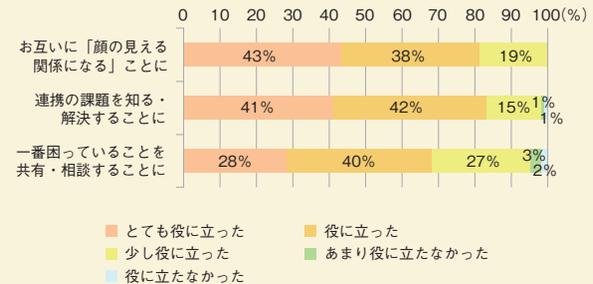


図57 多職種連携カンファレンスの参加者による評価

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58)。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469名へと増加した(表10)。内訳(2011年3月現在)は、がん診療連携拠点病院128名、一般病院50名、診療所91名、保険薬局67名、居宅介護支援事業所41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18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。

表10 リンクスタッフ数の推移

	2008年	2009年	2010年
施設数	97	193	217
ML登録数	213	407	469

(2011年3月現在)

#### 地域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「患者が帰りたいかどうか」を軸に評価する
  - ・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う
  - ・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」の使用やデスク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ため、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 基盤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できるようにする
- ・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

- ・介護保険はがんの場合、当初より要介護2以上とする
- ・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
- ・心肺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58 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

f) 浜松地域独自の取り組み

e) 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 59）。



図 59 『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、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、「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（図 60）。

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、退院支援看護師、保険薬局薬剤師、地域包括支援センター社会福祉士など）を対象としてフォーカスグループインタビューを行った。その結果、「できること・できないことに○・×をつけたもの」は「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。たとえば、「○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」などと語られた。また、「実際に求められている情報」とは、インターネット上に公開できないような「生きた情報」だということがわかった。たとえば、「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、○○さん（○○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した。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』を作成した。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ている。「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○○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）」を掲載した（図 61）。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分かるようになっている。

病院名	区	町名	往診可 不可	往診可			医療処置		みとり	薬処方	追加コメント
				定期のみ	必要時のみ	定期と必要時	人工肛門	腎瘻			
*****	**	**	○			○	○	×	○	院内	
*****	**	**	○			○	○	×	○	両方	栄養・補液の△は物品の在庫がない
*****	**	**	○	○			記載無	×	△	院外	みとりは限られたケースで可

図 60 網羅した地域の情報

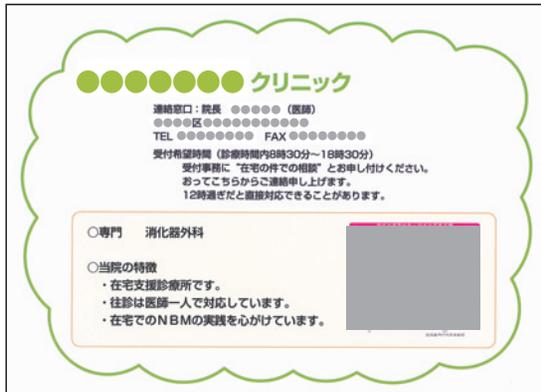
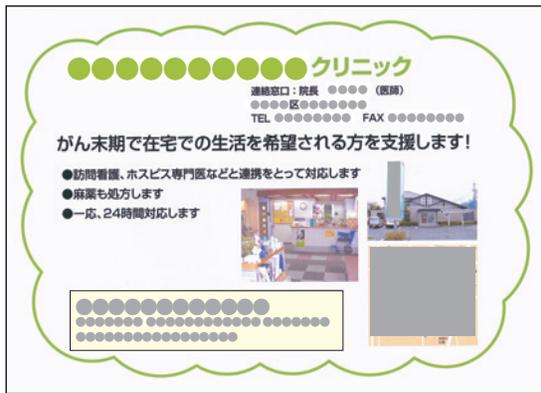


図 61 「はままつがん緩和・在宅ケアマップ」の生々しい情報連絡先や相談の可否が記載されている

**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**

- ・自由意思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示
- 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づくり

図 62 診療所医師を対象としたインタビュー調査で挙げられた課題と解決策

**B 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。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 62)。

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 63)、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。

○がん緩和ケアにおける診療所在宅連携システム「浜松在宅ドクターネット」参加募集

このたび診療所医師同士が連携することにより、個々の負担を減らしながら、在宅療養を希望する患者のニーズに応えることを目的として、自由意思に基づく診療所連携システム「浜松在宅ドクターネット」を立ち上げました。このネットはメーリングリストを用いて、在宅医療を行っている医療機関同士の連携・交流を図ると共に、主治医不在時の代行医師の相談、在宅医療に関する情報共有、困難事例の相談などを行っていきます。詳細は「浜松在宅ドクターネット覚え書き」をご覧ください。

在宅医療を実際に担う会員診療所医師だけでなく、「協力医」としてネット上で様々な相談に乗って頂ける専門科目医師の先生、病院の先生方のご参加もお待ちしておりますので、ふるってご参加ください。

<募集要項>

1. 会 員：在宅医療を行っている医師 (診療所, 病院)
2. 協 力 医：在宅医療を行っている主治医の要請に対して必要に応じて相談・助言、往診などを行う医師
3. 申し込み方法：
  - 入会申込書に必要事項を記入し、FAX (000-0000) 送信してください。入会申込書は医師会ホームページ「会員専用ページ」からもダウンロードできます。
4. 申込み期限：
  - 期限なし。参加希望の先生は随時、メーリングリストに登録されます。
5. 登録に関する問い合わせ先：
  - がん緩和ケアにおける浜松在宅ドクターネット事務局 (緩和ケア普及のための地域プロジェクト ●●●●● 病院 ●●●●● 科 ●●●●● (事務担当：●●) TEL：000-0000 (内線0000) FAX：000-0000 E-mail：●●●●●●●●@●●●●.●●●●

代表	●●●●●	●●●●●	●●●●●
副代表	●●●●●	●●●●●	●●●●●
	●●●●●	●●●●●	●●●●●
	●●●●●	●●●●●	●●●●●
コーディネーター	●●●●●	●●●●●	●●●●●
事務局長	●●●●●	●●●●●	●●●●●

図 63 医師会ウィークリーでのドクターネットの広報

## 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、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 18）。会長・副会長・コーディネーター・事務局を置き、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 19）。また、外部への説明用の「ご案内」を作成した（資料 20）。

このうち、医師会の承認を得て、説明会、会員募集を行った。説明会后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。

### ◎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（「b」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。

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、

対象・方法 連携ノウハウ共有会の参加者 8 名のフォーカスグループインタビューの内容分析

#### 結果

##### お互いにより理解しあえる

- ・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、地域の中でどんな役割を果たしているのかが分かる

##### 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分かり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る
- ・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 64 連携ノウハウ共有会の参加者の体験

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 64）。

また、プロジェクトとしては、連携ノウハウ共有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『連携をよくするノウハウ』が作成され、2010 年春に配布された（図 65）。

## プログラムの進め方

ステアリング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らしい」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で依頼する
- \* 「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
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自宅に戻りたい人を見逃さない。患者さんに「どんなふうに過ごしたいか」を早目にきく</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 入院中から在宅でも可能な医療・ケアを行う                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・できるだけ薬は内服（必要時、一包化）・坐薬・パッチにする</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> </ul> </li> <li>● 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                     <ol style="list-style-type: none"> <li>① 症状悪化時の指示を確認しておく</li> <li>② 急変時・看取りの対応（在宅か、入院か）を確認しておく</li> <li>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）</li> </ol>                     * 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                 </li> <li>● 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）</li> <li>● 退院後も情報交換・フィードバックをもらう</li> <li>● 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やる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院から依頼があれば、早目に顔あわせを行う</li> <li>● 病棟のカンファレンスに参加してみる</li> <li>● 退院指導を病院看護師と一緒にやる</li> <li>● 患者さん・ご家族への説明内容と理解度を確認しておく</li> <li>● 退院カンファレンスに参加する                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡窓口・連絡ルート・連絡方法を確認しておく</li> <li>・症状悪化時の指示も確認しておく</li> <li>・急変時・看取りの時は在宅か、入院かの確認をしておく</li> </ul> </li> <li>● 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）</li> <li>● 病院へのフィードバックを行う                     <ul style="list-style-type: none"> <li>* 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</li> </ul> </li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 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やる</li> </ul>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 50%; padding: 10px; background-color: #fff9c4;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>● お互いに連絡を取りあう</li> <li>● 定期的に課題を解決できる場をもつ</li> <li>● 困ったときは各病院の緩和ケアチーム・連携部署へ</li> </ul> </div> </div>	
<p>在宅に戻ることは「地域への転院」だと考える <span style="font-size: small;">（川越正平：案ずるより任せるが吉 在宅医療）</span></p>	

図 65 『連携をよくするノウハウ』

④地域困難事例・デスカンファレンス

病院と地域の医療福祉従事者が施設を超えて共に事例を振り返ることによって、連携や在宅支援の質が向上することを目指し、地域困難事例・デスカンファレンスが行われた。参加者は、事例に直接関わった医療福祉従事者10名前後であった。

2009年8月から2010年11月までの16カ月間に合計15回の困難事例・デスカンファレンスが行われた。話し合われたテーマはさまざまであり(表11)、参加者は延べ231名であった。

表11 地域困難事例・デスカンファレンスで取り上げられたテーマ

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
病院内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ころの再確認・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・調整を振り返る	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ー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

参加者を対象としたフォーカスグループインタビューでは「自分の見ていない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」などの体験が語られた(図66)。一方、相互理解や連帯感についてあげる声も多く、「一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことが分かる」「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が分かる」などの肯定的な評価が得られた。

したがって、当事者同士の直接のコミュニケーションは「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。

**対象・方法** 地域困難事例・デスカンファレンスの参加者10名を対象としたフォーカスグループインタビューの内容分析結果

**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分かる
- 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が分かる
- 自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる
- どうい職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる
- 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**

- 自分が普段できていないことが分かり、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
- カンファレンスを発展的にひろげていきたい

**患者・家族をより理解できる**

- 自分のみて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、責められるような、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ションが簡単ではない

図66 地域困難事例・デスカンファレンスの参加者の体験

プログラムの進め方

OPTIMプロジェクト以前にもデスカンファレンスは行われていたが、単一施設内に限られていることがほとんどで、複数の施設をまたいで多職種で事例をふりかえる機会はほとんどなかった。2008年度の活動を通して、顔の見える関係ができ始め、実際の事例のやり取りが増えていた。「〇〇病院はもう少し～してくれればよかったのに」「〇〇先生があそこで～してくれれば」といった「改善点」を話し合っって解消していくことを目指した。

プロジェクトとしては、開催前に連携ノウハウ共有会でカンファレンスの目的を共有して、具体的な進め方を話し合った(図67)。事例に直接関わった人たちが少人数で話し合い、自分の気持ちなども含めた話をしてもらいように配慮し、ステアリングメンバーはオブザーバーとしてあまり発言しないよう努めた。2010年度からは、開催は持ち回りとし、関係者同士で連絡を取り合い、日程や場所を決めて行えるようにした。

- ・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
- ・事例の選定は担当のメンバーが行う
- ・1回にとりあげる事例は1事例程度とする
- ・個人情報保護につとめる
  - \*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、診療所など…何らかのかたちで同意が得られているものとする
- ・事例中心で、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
- ・次につなげるための建設的な話し合いの場とする

図 67 地域困難事例・デスクンファレンスのもち方

### ⑨ 退院支援担当看護師のあつまり

「退院支援担当看護師のあつまり」は、連携ノウハウ共有会から派生し、「退院支援担当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21）。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68）。

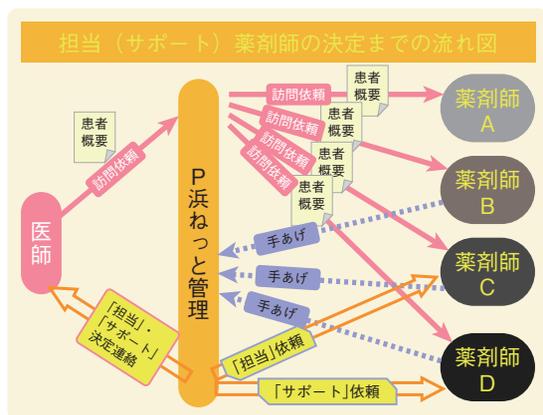


図 68 保険薬局のネットワーク（P浜ねっと）

### 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（「① 介護保険手続きの迅速化」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、市議会で地域の緩和ケアに関する問題点の質問が行われ（図69）、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。



図 69 市議会での緩和ケアについての質問

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70）。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。

#### 協議事項一覧

1. がん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世界され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情報について
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」先のない「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 70 「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介護保険手続きの迅速化

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12)。

表12 介護保険の認定調査・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持たれ、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71)。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72)。

○「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、(中略)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71 診療所医師への介護保険の記載の案内

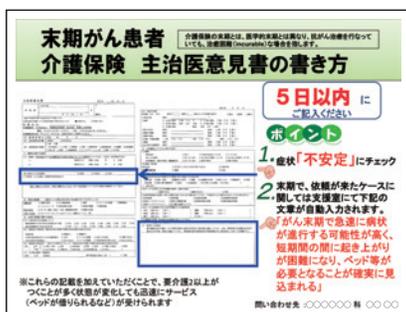


図72 病院医師への介護保険の記載の案内

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73)。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。

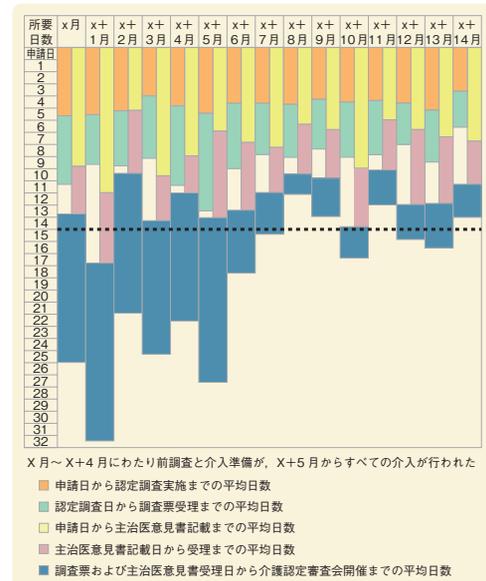


図73 介護保険の手続きにかかる日数の短縮

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」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74)。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も開始された。

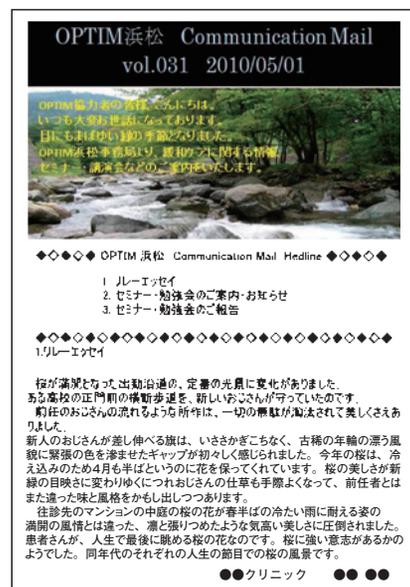


図74 コミュニケーションメール

## 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136件であり、出張によるものが70件、電話・E-mailによるものが66件であった(図75)。

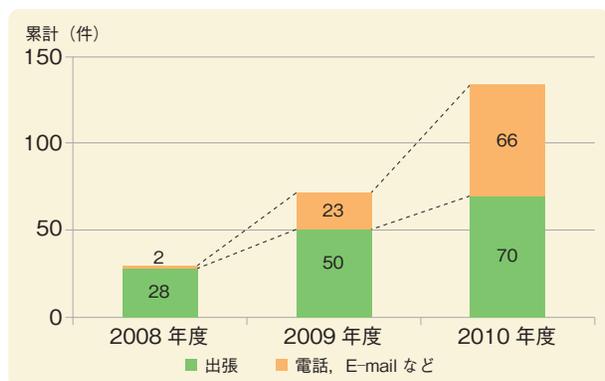


図75 地域緩和ケアチームへの相談件数

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76)。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上でアナウンスされた。

### 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。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かかわらず「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、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。

### 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77)。



図77 アウトリーチ回数

具体的には、平日の午後から、診療所と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。

## 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の軽減と、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個々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だれでも、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、〇〇さんの\*(痛みをとるいい方法があるか、薬の使い方でもっと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(●●病院の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。複雑な症状では、OPTIM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けると助かります。  
<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〇〇病院 〇〇科 〇〇〇〇です。

<回答者>  
 〇〇病院: 〇〇科 〇〇〇〇 緩和ケアチーム看護師 〇〇〇〇  
 〇〇病院: 〇〇科 〇〇〇〇 緩和ケアチーム看護師 〇〇〇〇  
 〇〇病院: 〇〇科 〇〇〇〇 ホスピス病棟課長 〇〇〇〇  
 〇〇病院: 〇〇科 〇〇〇〇 緩和ケアチーム看護師 〇〇〇〇

### 〇聖隷三方原病院

#### (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**  
浜松市内の地域の医療福祉従事者であればだれでも、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、〇〇さんの\*(痛みをとるいい方法があるか、薬の使い方でもっと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(●●病院の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 76 緩和ケアホットラインとアナウンス

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。推奨は113件が行われた(表13)。

表 13 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%
NSAIDs・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%

当初は、身体的苦痛の話題が多かったものの、徐々に心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(図78)。さらに、アウトリーチに参加した多職種10名を対象としたフォーカスグループインタビューでは、「選択肢が広がりがきらめなくなる」「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」「関わっている患者の情報を共有してケアに生かせる」などのテーマが語られた。

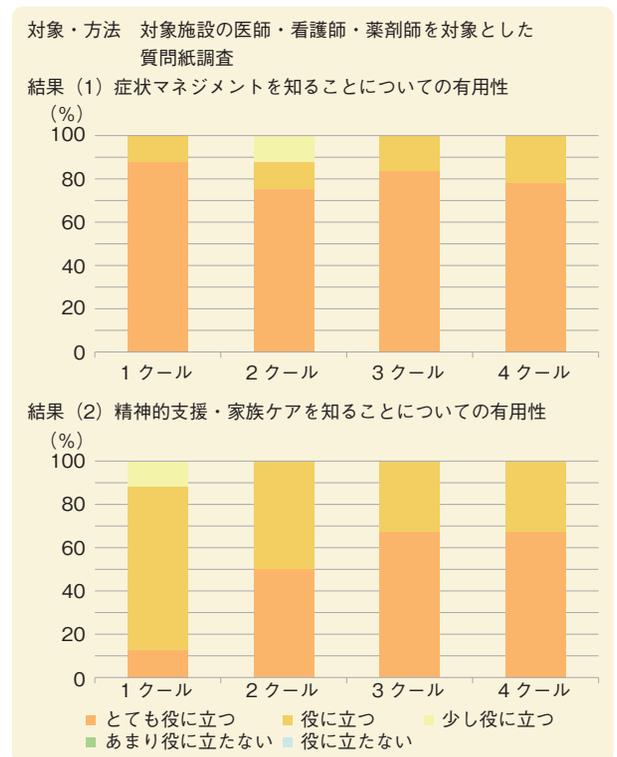


図 78 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価

## 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主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。

### c) 浜松地域独自の取り組み

#### ㊦ 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、カンファレンス終了後の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。

#### ㊦ 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、家族の介護負担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については待機時間が1週間以内になるように、1～2床が調整された（図79）。



図79 ホスピスの在宅支援ベッド

在宅支援入院は、「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家族の介護負担の緩和のためのレスパイト入院の2つが含まれる。

2008年度から2010年度の3年間に60件（34名）がホスピスの在宅支援ベッドを利用した（表14）。評価としては、介護負担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った場合もあったが、複数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14 ホスピスの在宅支援ベッド利用件数

		2008年度～2010年度
利用件数（患者数）		60件（34名）
経路	診療所	32件
	病院（他施設）	12件
	病院（自施設）	16件
目的	介護負担の緩和	42件
	症状緩和	18件
転帰	退院	50件
	入院継続・死亡	9件

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、在宅に戻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。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、在宅に戻ってから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った。

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15)。

表15 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、早く退院したい事例がある	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より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、などである。2010年の参加者は延べ116名であった。

### 〈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

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つた場合には、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

- ・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は満足度が低くなるが、希望があれば1日でも入院を受入れる)
- (優先度が低い例)
  - 家族の付き添いがなく大部屋でも過ごせる
  - 苦痛症状がない
  - 家族の付き添いができず認知機能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

図80 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

第1回は、2010年4月21日(水)19時~20時30分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

表 16 ホスピス研修の有用性

対象・方法 ホスピスで研修を受けた看護師を対象とした質問紙調査 25 名中 25 名から回収 (100%)  
結果

	役に 立たなかった	あまり役に 立たなかった	少し役に立った	役に立った	とても 役に立った
総合的に	0%	0%	0%	24%	76%
症状マネジメントについて知ることに	0%	0%	24%	48%	28%
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に	0%	0%	4.0%	36%	60%
連携の課題を共有することに	0%	0%	16%	32%	52%
お互いに顔の見える関係になることに	0%	4.0%	8.0%	24%	64%

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 30 分の時間に, 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 (図 80)。また, 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 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に」「ホスピスの待機の期間や待機の間での情報共有について知ることに」「ホスピスの在宅支援ベッドを今後活用していくこと」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はいなかった。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 名の看護師が研修に参加した。

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には, 症状マネジメントや精神的ケアに加え, 「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に」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 17)。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に」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

インタビューでは、参加者の体験を表すカテゴリーとして【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。

## 〔浜松地域・資料〕

## 資料 1 プロジェクトを開始するときの説明会：案内状とプログラム

平成 19 年 7 月 19 日

関係者各位

社会福祉法人聖隷福祉事業団  
総合病院聖隷三方原病院  
院長 荻野 和功

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業

「がん対策のための戦略研究 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
介入地域関係者向け説明会」開催のご案内

拝啓 ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

「がん対策のための戦略研究 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 介入地域関係者向け説明会」を下記の日程で開催させていただきたいと存じます。本研究は厚生科学研究となっておりますが、その目的は日々の臨床と密接に結びついた地域全体、患者さん・ご家族・浜松市民への直接の貢献であります。がん対策基本法の施行に伴い、今後、がん診療は病院のみならず地域全体で行うことが予測されます。がん医療、在宅医療に係られる医療機関、施設の皆様のご参加をお待ちしております。概要は別紙をご覧ください。

なお、本案内をお送りするにあたりまして、以下の施設・団体の代表の先生方に了解を得ておりますことを申し添えます。

浜松医科大学医学部附属病院、聖隷浜松病院、県西部浜松医療センター、JA 静岡厚生連遠州病院、社会保険浜松病院、浜松市医師会、磐周医師会、浜名医師会、浜北医師会、引佐郡医師会、浜松在宅緩和医療をすすめる会

恐れ入りますが、出欠の確認をさせていただきたいと存じますので、**7月31日(火)まで**に別紙の出欠票にご記入いただき、FAXにてご返答いただきますようお願い申し上げます。

敬具

記

開催日時 : 平成 19 年 8 月 27 日 (月) 19 時 00 分～21 時 00 分

開催場所 : アクトシティ コンgressセンター 4 階 41 会議室

当日のプログラム概要 : 19:00-19:10 地域研究責任者挨拶 聖隷三方原病院 院長 荻野和功  
19:10-20:00 戦略研究の説明  
20:00- 質疑応答

&lt;連絡先&gt;

がん対策のための戦略研究 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
研究事務局 : ○○○○  
○○病院 ○○○科  
Tel:\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* (内線\*\*\*\*) Fax:\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*  
E-mail:\*\*\*\*\*@\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*

平成19年度厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
がん対策のための戦略研究  
「がん対策のための戦略研究 緩和ケアプログラムによる地域介入研究  
介入地域関係者向け説明会」プログラム

日 時 : 平成19年8月27日(月) 19時00分～21時00分  
場 所 : アクトシティ コンgressセンター 4階 41会議室  
地域責任者 : 荻野和功 聖隷三方原病院 院長  
地域担当者 : 森田達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科

プログラム : 司会 井上 聡(聖隷三方原病院 ホスピス所長)

19:00～19:10 地域責任者挨拶

荻野和功(聖隷三方原病院 院長)

19:10～19:20 コメント

熊谷純一先生(浜松在宅緩和医療をすすめる会 代表)

19:20～20:00 戦略研究の説明

森田達也(聖隷三方原病院 緩和支援治療科部長)

20:00～21:00 質疑応答

配布資料

1. スライドハンドアウト
2. 緩和ケア評価・治療アルゴリズム・患者教育用パンフレット
  - ・生活のしやすさに関する質問票
  - ・アルゴリズム
  - ・患者用パンフレット
3. 退院支援・調整プログラム
4. わたしのカルテ
5. 研究参加確認票

## がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」概要

### 【背景】

がんになった場合、日本国民の多くが「苦痛なく自宅で生活できる」ことを希望していますが、わが国では、緩和ケアサービスを受ける患者、在宅療養している患者は非常にわずかです。がん医療の早期から、患者の状態に応じた切れ目のない適切な緩和ケアの提供体制の整備が求められています。

### 【目的】

浜松市全体を対象とした「地域緩和ケアプログラム」（下記）を実施し、導入前後で、緩和ケアの利用率、在宅死亡割合、患者の評価、遺族の評価、地域の緩和ケアのquality indicatorなどが向上したかを評価します。有効であることが確認されたら、このプログラムは全国のがん診療連携拠点病院を通じて均填化されます。

詳細は、対がん協会 <http://www.jcancer.jp/senryaku>をご覧ください。

### 【方法・タイムスケジュール】

- 2007年8月 説明会～浜松の研究組織の構築
  - 9月 実務レベルのミーティング～具体的なプログラムの提示・議論
- 2008年4月 介入前調査（患者調査、遺族調査、医師・看護師調査など）
- 2008年4月～2010年9月 介入
- 2010年10月 介入後調査（患者調査、遺族調査、医師・看護師調査など）

### 【研究組織】（予定）研究参加の承諾を取り、研究組織を発足します

聖隷三方原病院（研究班員施設）、浜松医科大学医学部附属病院、聖隷浜松病院、県西部浜松医療センター、JA 静岡厚生連遠州病院、社会保険浜松病院、浜松赤十字病院、がん患者を多くみる診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、浜松市薬剤師会、浜松市または浜松市保健所

### 【研究参加施設の役割】

- 1) 各施設ごとに緩和ケアリンクナース・ドクターを指名し、下記の活動をともにを行います
- 2) 介入前後に行われる調査に協力していただきます（3年間に2回）

### 【地域緩和ケアプログラムの内容】

聖隷三方原病院内（研究班員施設）に相談窓口となる緩和ケアサポートセンター（浜松がんサポートセンター〔仮称〕）をおき、緩和ケア専門医師（ホスピス、緩和ケアチームと兼任）、専従の看護師・MSW が地域の緩和ケアプログラムの向上のために下記の活動を推進します

### 【活動内容】

- 1) 研究班で作成した症状緩和マニュアル、退院支援・調整プログラム、私のカルテ、患者用パンフレットなどの運用
- 2) 緩和ケアに関する問題に対して、専門の医師・看護師が電話・メール・往診で相談
- 3) 地域全体での緩和ケアに関する問題点を話し合う定例のミーティング
- 4) 勉強会や症例検討会の開催、アウトリーチプログラム

## 資料2 OPTIM 企画ミーティングのブレインストーミングの結果をまとめた企画要旨 (2009年)

### **OPTIM 浜松2009企画要旨**

#### 課題の整理

##### 【優先課題】

##### A 地域連携を強化する

- A1 地域連携の課題のうち現場のリソースで解決可能な問題を解決する（場をつくる）
- A2 地域連携の課題のうち組織的問題を共有できる主要団体の理事以上が参加できる（場をつくる）

##### B 地域の緩和ケアの技術を向上させる

- B1 地域全体の医師の緩和ケアの技術を向上させる（場をつくる）
- B2 地域全体の看護師・薬剤師など医療福祉従事者の緩和ケアの技術を向上させる（場をつくる）

##### C 地域の専門緩和ケアサービスのアクセスと質を向上させる

- C1 地域の緩和ケアチームの緩和ケア技術の向上と学びあう（場をつくる）
- C2 地域で緩和ケアについて困ったことが生じた場合、どこかの緩和ケアチームにつながる仕組みをつくる
- C3 ホスピスの在宅支援ベッドを利用したい人が使えるようにする

##### 【重要課題】

##### D 地域のがん在宅緩和医療の認識を向上させる

- D1 地域の医療福祉従事者全体に対してがん在宅緩和ケアの認識をあげる
- D2 地域の一般集団に対してがん在宅緩和ケアの認識をあげる

##### 【重要だがすぐには解決できそうにない課題】

- E わたしのカルテを使用して地域で患者の情報を共有する仕組みをつくる
- F 介護認定を迅速化する制度上の改善を最大限行う（ように依頼する）
- G 入院、レスパイトや看取りをしてくれる施設を確保する
- H 往診をする診療所医師が夜間・出張不在時、緩和ケアで患者が困らないような体制をつくる（ように依頼する）
- I 患者の動きを把握するためのがん患者パスウェイを作成して配布する
- J 在宅死亡患者が病院で死亡確認できる仕組みを救急隊と取り決める（ように依頼する）

##### 【課題としては出ているがどのように対応していいか現時点では定まらないもの】

- ・「ダブル主治医」制をすすめる
- ・「患者の事例集」をつくる
- ・「私の地域の緩和ケア」という顔のわかる冊子（インターネット）をつくる
- ・研究期間終了後の継続（市など公的機関との役割の明確化など）
- ・患者会の促進

## 戦略

## A 地域連携の強化

## 【昨年までに分かったこと】

## 職能団体間・地域間の交流がないことによる情報の分断

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

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

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

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

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

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

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

## 【解決するための戦略】

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

## A1 地域連携の課題のうち現場のリソースで解決可能な問題を解決する

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

## 【目的】

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

## 【対象】

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

## 【方法】

—情報共有レクチャー・活動報告(30分)、事例1例(60分)、地域ごとの関係者のFG(90分)  
—年2回: 4/11(土)、11/14(土)

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

## 【目的】

—連携担当者がノウハウを共有し話し合い、具体的に解決する

## 【対象】

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

## 【方法】

一構造化しない課題を前向きに解消する（OPTIM で行った連携関係の調査結果を共有する）

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

## 【検討する内容（予定）】

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

### ① 質の高い退院支援

#### 【現状の簡単な分析】

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

#### 【実際に必要な工夫】

医師、看護師だけでなく介護支援専門員、薬剤師（かかりつけ薬局）

人退院繰り返し返すときも

退院までいかないかもしれないでも声はかけておく

時間の調整

あらかじめ筋を決めておく

在宅になった後も連絡を取る

スクリーニング、スクリーニングのスクリーナーによる利用

退院日の設定（週末にしない・介護力を見て決める）

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

### ② 在宅の視点のある看護

#### 【現状の簡単な分析】

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

#### 【対策】

- 1 看護教育に在宅の要素を入れる、特に、体験することが重要であるため実地研修が望ましいが、無理なら訪問看護師のレクチャーなど実際にいま現場にいる人が教育をすることが重要である。
- 2 概念的な教育としては、「在宅の視点のある病棟看護尺度」の概念に従い、シンプルな処置、患者・家族ができる指導、自宅はどう過ごしたいかを聞く、早めにサービスを入れる、の4概念を浸透させることがよい。

- 3 2のためには、リンクナースなど病棟に中心となる看護師同士が、退院支援看護師や訪問看護師といった専門職種のサポートのもとに、相互にノウハウを蓄積していくのがよい。入院している患者のADLが戻らなかったとしたら想定して早めに、とにかく早めに、在宅スタッフに連絡することによって、①在宅でできるシンプルなケアにアレンジ、②入院した時から自分でできるように、入院中に終わらなくてもここまでは入院中にここからは在宅でなどの相談、③患者の「自宅でどのように過ごしたいのか」の意思を確認してサマリーに記載、④介護サービスの査定をする、ことができる。
- 4 ノウハウを共有するためには、①病棟ごとの勉強会、②今進行している患者について詳細に連絡を取り合う、③ひと段落した後や訪問に行った後・死亡した後に経過を報告しあうフィードバックなど、「事例検討会」とまではいかないような小さな振り返りをその都度行うことが効果的である。

### ③ 介護認定を早くする工夫

#### 【現状の簡単な分析】

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

#### 【対策】

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

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

### 1) OPTIM 企画ミーティング（略称：企画ミーティング）

#### 【目的】

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

#### 【対象】

連携ノウハウ会のメンバーに加え、各団体の理事など要職にあるもの

#### 【方法】

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

## B 緩和ケアの技術の向上

### 【昨年までに分かったこと】

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

### 【解決のための戦略】

#### B1 地域全体の医師の緩和ケアの技術を向上させる

##### 1) 緩和ケア講習会（略称：医師緩和講習会）

###### 【対象・目的】

浜松市内のすべての医師に対して緩和ケアの基本的事項を講習（厚生省事業）

###### 【内容】

—PEACEに準じて行い、ステップ緩和ケア、パンフレットなどを配布し知ってもらう

—医師が知っておくべき地域連携の要点（OPTIM参加施設、介護保険）、在宅で患者さんがいる写真（イメージ、帰ってきてから直面する問題とそれを避けるための対応）を盛り込む

###### 【アナウンス】

県医師会、市医師会

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

OPTIM参加医師に案内を送り知人にも紹介

病院の緩和ケアチーム医師から各診療部に紹介

医療用麻薬メーカー

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

##### 1) OPTIM緩和ケアセミナー（略称：緩和ケアセミナー）

###### 【対象・目的】

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

###### 【内容】

—レクチャー→小グループ（本年度と同様）

—小グループは、今年度人気の高かったもの（ロールプレイ、実技）を何回かに分けて（出られなかった人が次にも出られるように）行う。複雑な事例は連携CFの事例で扱い、時間内に消化できる内容を組む。個人的な興味になってしまうような内容は入れない。内容のレベルで、初級向け、中級向けなどのアナウンスを入れる（ほとんどまだがん患者をみていない人もわかるように）

—年6回、3回\*\*病院、1回\*\*病院、2回外部講師

（開催日時他は他のセミナーや会議等と重複しないように調整済）

###### 【アナウンス】

OPTIM

市医師会、看護協会、薬剤師会、居宅介護支援事業所

主要施設の看護部、薬剤部責任者

**C 緩和ケアチームの技術の向上・アクセスの向上****【昨年までに分かったこと】**

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

**【解決のための戦略】****C1 地域の緩和ケアチームの緩和ケア技術の向上と学びあい（略称：緩和ケアチーム合同 CF）****【対象・目的】**

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

**【内容】**

年4回、持ち回りで事例を共有する（\*\*病院、\*\*病院、\*\*病院、\*\*病院、\*\*病院）

**【アナウンス】**

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

**【検討内容】**

－ハンフレットやステップ緩和ケアの普及

緩和ケアチームに依頼された時に配る、コンサルテーションの時にステップ緩和ケア・ハンフレットを使う、院内の勉強会で使う（看護部の勉強会に緩和ケアを組み入れて教材として使う）などで普及を図る

－オキシコンチン初回投与セットをつくると楽になるならば病院共通にしてつくる（相談）

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

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

**C3 ホスピスの在宅支援ベッドの運用****【昨年までに分かったこと】**

ホスピスの終末期ケア以外に短期間利用できる入院（在宅支援ベッド）を13人17件が使用した。

「在宅支援入院」とは「入院日に退院日が決まっている入院」と定義し、これには、1）症状緩和目的と、2）症状の悪化がない患者の家族の介護負担の緩和のための入院が含まれる。

	患者	家族	紹介元	ホスピス
症状緩和目的	◎（満足）	◎	◎	◎
介護負担の緩和目的	? 不満足なことあり	○	○	? 意義が分からないことあり

**【方針】**

- ・症状が悪化している患者、検査や耳鼻科の受診など何か目的を持ってくる患者は満足度が高い
- ・家族の「介護負担の緩和目的の入院」の場合は、患者が入院した後に「帰りたい」、「家族をよんでほしい」となることもあるので、なにか理由をつけて（検査を1週間だけしよう、とか）紹介していただくほうがいいらしい、なんらかのノウハウが必要なので、今後蓄積していく

## D 啓発

### 【昨年までに分かったこと】

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

### 【解決のための戦略】

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

##### 1) ML への登録数の増加

- OPTIM の ML への登録を呼びかけてもらう
- 集りのたびに受付で ML への登録を呼びかける

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

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

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

##### 3) 定期的に各種パンフレットや案内を市内の関係医療福祉機関に広く配布

年 3~4 回程度不定期に企画に合わせて予定

##### 【配布する内容】

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

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

—「OPTIM 施設のできること」(未定)

—在宅患者のバス

—各種セミナーで行った講演のスライド

#### D2 地域の一般集団に対してがん在宅緩和ケアの認識をあげる

##### 1) リーフレット、ポスターなどを継続して設置

\*\*病院、\*\*病院、\*\*病院にもパネルの設置を依頼したい

##### 【昨年までにわかったこと】

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

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

##### 3) 講演会

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

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

**E わたしのカルテを使用して地域で外来患者の情報を共有する仕組みをつくる****【昨年までに分かったこと】**

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

解決策として、OPTIMプロジェクトでは、お薬手帳をより拡大した診療情報の共有ツールとして「わたしのカルテ」の試験運用を行った。\*\*病院で腫瘍センターに入院したすべての患者 300 人以上に配布した。しかし、配布しただけでは患者に「持っている意義」を感じてもらうことができなかった。配布した後、「検査結果を挟んで持っていく」、「入院してきたら病棟で預かる」など「医療者からもっていますか？と声をかける」ようにしたところ、所有者が増加しており、2009年2月現在入院患者50名のうち30～40名が検査結果を挟むなどして運用している。開始前に懸念された大きさについては、渡された時は「こりゃ～大きいな～」という声が多かったが、挟むことが定着すると、「これくらいの大きさでないと挟めないのだからこれでいい」との意見が多く聞かれるようになった。

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

**【方針】**

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

**F 介護認定に関する制度上の問題****【昨年までに分かったこと】** 詳細は別紙の報告書を参考

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

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

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

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

## 【方針】

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

## G 入院、レスパイトや看取りをしてくれる施設の確保

### 【昨年までに分かったこと】

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

各病院の「医学的適応」についてははっきりしていない。

## 【方針】

### 1 各メンバーでの工夫

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

①医学的問題であれば、がん診療連携拠点病院が断らない時間に受診する（口申の受診を促す）。口申でも断られたら OPTIM リンクスタッフに直接連絡して院内で動いてもらう

\*夜間は救急すべてを断っている場合もあり仕方ない場合もあるが、救急で受診した場合には、患者・家族に「主治医から入院可能という話をきいている」と救急担当医に話をしてもらうように指導する。または、退院前カンファレンスの時の申し送りシートを患者・家族に持たせて、「緊急時入院」とかいてあるものを救急担当医に見せるようにする

②介護的問題であれば、ホスピスの在宅支援ベッドを使ってみる

③OPTIM の連携担当者同士で情報共有をして療養病院などを探す

- ・上記で1年間やってみて、ダメなら、施設、療養型病床に声をかけてみる（未定）

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

### 【昨年までに分かったこと】

浜松市の死亡がん患者数は2100名、イギリスや国内の在宅緩和ケアの進んだ地域が約20%を在宅でみていることから考えて浜松地域には年間400名ほどの在宅がん患者のニーズがあると推測される。現在の診療数は、在宅特化型診療所1カ所（110人/年）、がん患者の在宅死が可能な通常型診療所10カ所程度（5人/年×10=50人/年）で合計160人/年を診療していると推測される。今後、特化型診療所が300人/年が可能な見込みと仮定すると、通常型診療所が20カ所に増加すれば400人/年の診療が可能になる。これは「目標」ではなく、患者の希望と国際的趨勢、がん患者数の絶対的な増加から考えた予測である。

昨年までに、浜松では、以下のような課題が報告されている。

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

### 【方針】

医師会在宅部会で以下の検討を informal に依頼する

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

## Ⅱ がん患者パスウェイの作成

### 【昨年までに分かったこと】

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

### 【方針】

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

## J 在宅の終末期がん患者に対する救急隊の対応

### 【昨年までに分かったこと】

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

### 【方針】

浜松市に、OPTIM から、終末期がん患者が救急搬送された場合の入院の医学的適応について明文化することができるかを打診する。1) 亡くなりそうな患者を蘇生せずに病院に運ぶ、2) 死亡した患者を蘇生せずに病院に運ぶ、ことが特定の条件で（患者の意思表示書、主治医の指示書など）可能になるか聞いてみる。

### 資料 3 OPTIM 企画ミーティングのブレインストーミングの結果をまとめた企画要旨 (2010年)

#### OPTIM 浜松 2010 重点項目

##### 重点項目

#### I. 病院で亡くなる患者と家族、病院に通院している患者の緩和ケアについての満足度を上げる

##### 【方法】

1. 春の OPTIM 集中セミナー（全体で 3 回開催、毎回同じプログラム）  
「患者さん・ご遺族の声に基づいたがん患者・家族とのコミュニケーションを鍛える」セミナー
2. 秋の OPTIM 集中セミナー（地域向けに 1 回、緩和ケアチームのある 5 病院で各 1 回開催）  
「新疼痛ガイドラインのエッセンス」
3. 調査結果を基にした医師向けリーフレットの配布  
「浜松市 1000 件の調査に基づく患者さん・ご家族の声」  
調査結果をまとめたリーフレットを 5 病院の医師・看護師・薬剤師・相談室に複数回配布
4. 患者向けホスターの配布  
「緩和ケアの誤解」、「麻薬の誤解」を解消するホスターを設置
5. 緩和ケアチームの活動の強化、「見落とししている」患者を拾い上げる方法の相談  
STAS 5th vital sign、生活のしやすさ、相談名刺、外来にポスターなどノウハウの共有
6. 院内の研修会実施  
重点項目のスライドとハンフレットを繰り返して使用  
重点項目：得点の低く遺族調査で話題の多い「医療用麻薬についての誤解」ほか

#### II. ゆるやかな診診連携システムの構築

##### 【方法】

1. 「在宅診療所医師の互助会」を有志レベルで立ち上げていくことに協力（医師会理事会承認済み）
2. 「診療所のヒアリング結果」、「在宅死亡率の推移」、「遺族からの手紙（遺族調査の結果、自由記述）」をまとめたものを医師会に提出（済）
3. 有志の会の開催に協力  
ML の立ち上げ 困った事例、主治医・副主治医の依頼や相談、専門外事例の相談
4. 参加者を医師会ウイークリーで掲載して追加募集

\*\*\*研究会の年 2 回構成は

年 1 回：外部講演＋多職種カンファレンス

年 1 回：地域内の講演＋職種別ミーティング（医師、看護師、介護支援専門員、薬剤師）

にすればいいのではないだろうか

### III. 連携を維持するための体制を OPTIM 終了後にも継続できる方法で構築

#### 【方法】

#### 1. スケジュール、アナウンスをするコーディネーション機能を OPTIM で継続、担当者を決めて実施

関係者全体が集まって顔の見える関係をつくれる			
浜松多職種カンファレンス	患者・家族以外地域のだれでも	年1回 タクシー、施設、デイサービス、葬儀社、社協傾聴ボランティア、病棟課長、病院医師などにも広げてみる	**研究会とOPTIM
実務担当者でディープに問題点を共有解決し、悩みを共有する			
連携ノウハウ共有会	6病院の連携担当者、地域診療所、訪問看護、居宅、薬局	年4回 内容 ・昨年の継続	参加施設の持ち回り 担当：訪問看護ステーション** **看護師
困難事例カンファレンス	事例にかかわった当事者中心	年8回	各施設で持ち回り 担当：OPTIM
退院支援担当看護師のあつまり	退院支援看護師	年4回	退院支援看護師 ML で持ち回り 担当：**病院 **看護師
緩和ケアチーム合同カンファレンス	緩和ケアチーム	年5回	緩和ケアチーム ML で持ち回り 担当：**病院 **看護師
地域緩和ケアカンファレンス	緩和ケアにかかわっている人だれでも	年12回（毎月）	担当：**クリニック **看護師
地域合同困難事例カンファレンス	患者・家族以外地域のだれでも	年1回	**研究会 + OPTIM
ホスピスの利用について考える会	緩和ケアにかかわっている人だれでも	年2回	担当：**病院 **医師
患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	患者会・家族会・遺族会の運営実務者、希望者 ●●●●●●、●●●●●●、ホスピス含む	年3回 ・運営上の困りごとの共有と解決 ・合同遺族会 ・患者会、家族会、遺族会	担当：**センター **医師
管理レベル			
浜松終末期医療ネットワーク協議会（現：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）	施設の代表者 場所の確保、介護の確保、介護保険、救急、市民啓発についての課題の共有と解決	年1回	浜松市
企画・スケジュールリングミーティング			
スケジュールリングミーティング	プロジェクトの代表者	年1回1月 ・スケジュールリング	OPTIM

#### 2. 名簿の管理

OPTIM 参加者に事務局として\*\*が管理することで同意を得る？（民間ベースのネットワークにしていただいた方が応用しやすいと思われるため）

#### IV. 在宅に行きたいが行けていない患者を病院から見つけられるようにする

##### 【方法】

- ・コンタクトを個別にとって、状況をきく
- ・OPTIM 参加施設では、「あなたの家に帰ろう」、「案ずるより任せるが吉（在宅医療）」の配布

#### V. 緩和ケアに関して困ったことが解消するシステムを構築する

##### 【方法】

- ・希望施設にアウトリーチを行う
- ・「浜松緩和ケアホットライン」を開設  
ホストは自由。回答者は浜松市内の緩和ケアチームの医師と看護師（登録者は「個人情報について口外しません」の誓約書を提出）  
ホストする人は、「浜松市の緩和ケアの専門の医師や看護師に相談できるインターネットのシステムがあるから、●●さんのことを相談してもいいですか」と確認して同意をとってから相談する。ある病院から出た人であればその病院の緩和ケアチームが回答することを原則とする

#### VI. 患者調査（10月）、医療者調査（3月）、遺族調査（2011年10月）の完遂

#### 実施項目

1. 介護支援専門員へのサポート  
講習会によんでもらってがんについての講習
2. 市民啓発  
ポスター・リーフレット・バス広告  
継続  
全戸回覧を依頼  
講演会  
クリストファー大学とタイアップ（日本ホスピス緩和ケア協会年次大会にあわせる）  
図書「緩和ケアを知る100冊」  
ホスピスデーにイベント依頼  
作文コンクール  
教育委員会に依頼  
薬剤師会のおくすり講座（学校向け）  
「医療用麻薬は安全でいい薬」と1枚入れてもらうように依頼
3. 浜松市との連絡  
介護保険の進捗 継続とさらに改善が可能かを検討  
救急搬送の問題について可能なことか確認
4. 研究成果の全国への還元

#### 未検討事項

- ・わたしのカルテ、お薬手帳、地域プチMLといった情報共有ツールの今後  
薬剤師会病院担当理事へお薬手帳に病名やレジュメを書くような運用の協議をはじめめることを依頼

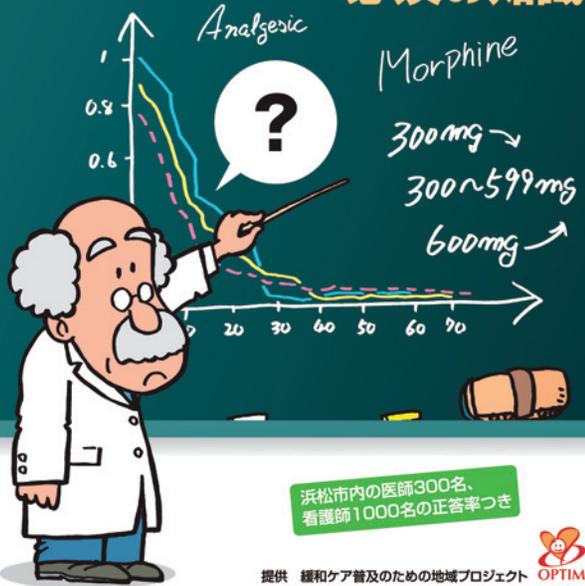
資料 4 『緩和ケアについての必須の知識』

- 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM) で行った浜松市内の医師300名、看護師1000名を対象とした質問紙調査の結果をもとに「緩和ケアについての必須の知識」をまとめたものです。
- 一問一答のクイズ形式になっていますので、楽しみながら基礎知識の整理にお役立てください。

Palliative Care  
OPTIM  
NRS Hope

一問一答  
クイズ方式

緩和ケアについての  
必須の知識



浜松市内の医師300名、  
看護師1000名の正答率つき

企画・編集・発行／緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)  
お問い合わせ先／\*\*\*\*\* \*\*青\*区\*\*\*\*\* OPTIM浜松事務局  
TEL:\*\*\*\*\* (内線\*\*\*\*) FAX:\*\*\*\*\* (直通)

提供 緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM

INDEX

Q 医療用麻薬について、正しいものはどちらか? .....1

Q 医療用麻薬について、正しいものはどちらか? .....3

Q 「WHO方式がん性疼痛治療法」の5原則をすべて選べ .....5

Q がん性疼痛の鎮痛薬の使い方として、正しいものを1つ選べ .....7

Q 痛みの評価として誤っているものを1つ選べ .....9

Q がん患者の食欲不振について正しいものを2つ選べ .....11

Q 呼吸困難の緩和ケアについて正しいものを2つ選べ .....13

Q 呼吸困難のケアとして誤っているものを1つ選べ .....15

Q せん妄の緩和ケアについて誤っているものを1つ選べ .....17

Q せん妄の緩和ケアについて誤っているものを1つ選べ .....19

Q 死が近づいた時のケアについて誤っているものを1つ選べ .....21

Q 患者や家族とのコミュニケーションとして誤っているものを1つ選べ .....23

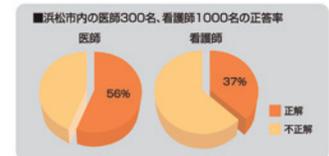
Q 緩和ケアの対象について、正しいものを1つ選べ .....25

Q 緩和ケアの対象となる患者の在宅への移行について、間違っているものを1つ選べ .....27

よくある質問 .....29

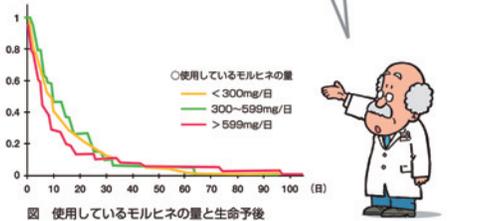
Q 医療用麻薬について、  
正しいものはどちらか?

1. 医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない
2. 医療用麻薬を用いると、寿命が縮まる



## A 1. 医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない

図はアメリカのホスピスケアを受けている651名の患者を対象として、医療用麻薬の使用量と生存期間を比較した研究です。医療用麻薬の使用量と、患者の生命予後には有意な関係がないことが認められています。このほかにも、複数の研究で、「医療用麻薬は患者の寿命を短くしない」ことが確かめられています。「モルヒネを使用したからといって寿命が縮まることはない」とはっきりとお伝えしましょう。



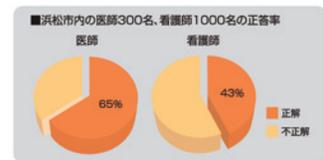
### ポイント 医療用麻薬と生命予後

医療用麻薬の使用量と生存期間との相関はない

Bencovitch M. Cancer 1999; 86: 871-877  
 Morita T. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 282-289

## Q 医療用麻薬について、正しいものはどちらか？

1. 医療用麻薬を長期間使用しても、薬物中毒は生じない
2. 医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる



## A 1. 医療用麻薬を長期間使用しても、薬物中毒は生じない

「麻薬中毒」とは医学的には「精神依存」といわれます。「自分で投与量を増やす、症状がないのに使用する、複数の医療機関や医療機関以外から薬物入手する」などの症状があることを指します(表)。がん患者ではこのような「麻薬中毒」(精神依存)を生じることはめったにおこらないことが確かめられています。「モルヒネをつかっても中毒にはなりません」とはっきりとお伝えしましょう。

### 表 麻薬中毒(精神依存)の定義

1. 薬を使うことに過度に執着する
2. 強迫的な薬物の使用  
自分で投与量を増やす、症状がないのに使用するなど
3. 以下のいずれか
  - ①薬を入手するために医師をだます(処方箋を書き換えるなど)
  - ②複数の医療機関や医療機関以外から薬物入手する
  - ③薬を溜め込む
  - ④アルコールなどその他の薬物の乱用

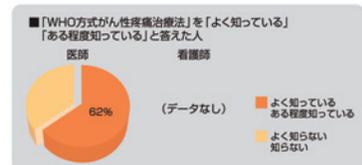
### ポイント 医療用麻薬と「麻薬中毒」

「麻薬中毒」を生じたのは、がん患者550名のうち1名 0.2%

Schug SA. J Pain Symptom Manage 1992; 7: 259-266  
 Portenoy RK. J Pain Symptom Manage 1990; 5: 546-42

## Q 「WHO方式がん性疼痛治療法」の5原則をすべて選べ

1. 経口投与を基本とする
2. 時間を決めて定期的に投与する  
(「疼痛時のみ」で使用しない)
3. WHOラダーに沿って選択する  
(医療用麻薬は痛みの強さによって投与し、予測される余命で決めない)
4. 患者に見合った量を投与する  
(副作用なく鎮痛できる量なら上限はない)
5. 細かい配慮をする  
(疼痛時レスキュー)の指示をする、副作用の対策と説明をする、医療用麻薬についての誤解をとく)
6. 中等度の疼痛にはベンタゾシン(ベンタジン®・ソセゴン®)を使用する



## A 「WHO方式がん性疼痛治療法」の5原則 1～5

「WHO方式がん性疼痛治療法」は1980年代に「世界中どこでも簡単な方法でがんの痛みが取れること」を目標にしてつくられたガイドラインです。がん関連のどの本にも出ているので一度は目を通してください。「WHOラダー」とは「WHO5原則」のうちのひとつの名称です。WHOははじめほとんどのがん性疼痛ガイドラインでは、ベンタゾシンを長期的な鎮痛に用いないようにすすめています。

### ポイント WHO方式がん性疼痛治療法

1. 経口投与を基本とする by mouth
2. 時間を決めて定期的に投与する by the clock  
◇ 疼痛時のみで使用しない
3. WHOラダーに沿って選択する by the ladder  
◇ 医療用麻薬は痛みの強さによって投与（余命で決めない）
4. 患者に見合った量を投与する for the individual  
◇ 副作用なく鎮痛できる量なら上限はない
5. 患者に見合った細かい配慮をする attention to detail
  - レスキュー（疼痛時）の指示をする
  - 副作用の対策と説明をする
  - 医療用麻薬についての誤解をとく



6

## Q がん性疼痛の鎮痛薬の使い方として、正しいものを1つ選べ

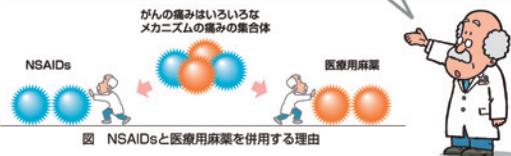
1. 医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）は同時に使用しない
2. 医療用麻薬投与中にベンタゾシン（ベンタジン®・ソセゴン®）やブプレノルフィン（レベタン®）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある
3. がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン（ベンタジン®・ソセゴン®）を積極的に使用するべきである



7

## A 2. 医療用麻薬投与中にベンタゾシン（ベンタジン®・ソセゴン®）やブプレノルフィン（レベタン®）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある

NSAIDs（非ステロイド性消炎鎮痛薬：ロキソニン®やボルタレン®）は炎症を抑えることで痛みを抑え、医療用麻薬は神経に作用して痛みを抑えます。「きくところ」が違うので、「同時に使用するほうが効果的」です（図）。WHOラダーをよく見ると2～3段階目でオピオイド（医療用麻薬）とNSAIDsを併用するようになっています（P6）。一方、ベンタジン®・レベタン®は、モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルと、作用する場所が同じで効果を弱めてしまうことがあるので原則として一緒に使用しません。ベンタジン®はがん性疼痛の治療ではすすめられていません。



### ポイント がん性疼痛の鎮痛薬の使い方

- NSAIDsは医療用麻薬と同時に使用するほうが効果的
- 医療用麻薬投与中にベンタゾシン・ブプレノルフィンを投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがあるので、併用しない
- ベンタゾシンは原則として使用しない

8

## Q 痛みの評価として誤っているものを1つ選べ

1. 患者に直接痛みの強さを聞き、患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いる
2. Numeric Rating Scale (NRS) で0から10で大きく
3. どんな時に疼痛が出現したのか、レスキュー（臨時）で使用した鎮痛薬の効果を評価する
4. 患者の評価は信頼性がないので、医療者の観察による疼痛の程度を記録する

9

### A 4. 患者の評価は信頼性がないので、医療者の観察による疼痛の程度を記録する(誤)

痛みの評価は「患者自身に聞く」ことが原則です。痛みの強さはNRSで0から10で聞きます。痛みのパターンは持続痛(→定期的な医療用麻薬の増量)か突出痛(→レスキューを使用)かを聞きます。痛みをおこす要因(姿勢など)をきいて避けるようなケアに活かします。レスキューの効果があれば増量やほかの鎮痛薬の使用を考えます。副作用(吐き気、便秘、眠気)をきいて対策をします。評価では、「痛みの評価シート」のような決まった方式でやると抜けがありません(図)。



図 痛みの評価シート

このテーマに関心のある方は、OPTIMホームページの緩和ケアセミナー2008年「痛みの評価とオピオイドの導入」をご覧ください。  
(<http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/examin08.html#02>)

#### ポイント 痛みの評価

- 患者自身に聞くことがゴールドスタンダードである
- NRS (Numeric Rating Scale)を使って、痛みの強さをさく
- 痛みをおこす要因(姿勢など)、レスキューの効果、痛みのパターン(持続痛か突出痛か)、副作用(吐き気、便秘、眠気)などをさく

10

### Q がん患者の食欲不振について正しいものを2つ選べ

1. がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんとより多いカロリーを必要とする
2. 末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである
3. ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する
4. 死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない



11

### A 3. ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する 4. 死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない

食欲不振はほとんどの進行がん患者に見られる「正常な過程」(normal dying process)です。食道がんなど上部消化管の通過障害など特殊な状態を除くと、高カロリー輸液では、終末期には生命予後もQOLも改善しないことがわかっています。末梢静脈が取れないときは、皮下輸液により、ルートが無理に確保せず1日500~1000mL程度の補液が可能です(図1)。食欲不振にはステロイドが有効です。



図1 皮下輸液

図2は終末期の患者さんにマウスケアと、マウスケア+補液を行って口渇の変化を見たものです。補液による効果は上積みされませんでした。つまり、口渇が補液でやわらぐわけではなく、口渇にはマウスケアが最も大事です。

このテーマに関心のある方は、緩和ケアチームから、日本緩和医療学会の「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」を入手して下さい。

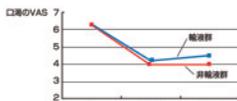


図2 口渇に対する無作為化比較試験の結果

#### ポイント がん患者の食欲不振

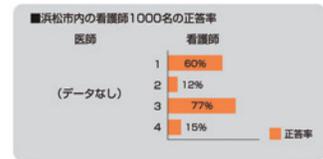
- 終末期では活動低下のため高カロリーは必要ない(効果もない)
- 末梢静脈が取れないとき、手軽な方法として、皮下輸液がある
- ステロイドは食欲不振を緩和する
- 死亡直前の口渇は点滴してもよくなる(マウスケアが大事である)

Cerchielli L. Int J Palliat Nurs 2000; 6: 370-374

12

### Q 呼吸困難の緩和ケアについて正しいものを2つ選べ

1. がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる
2. 疼痛に対して医療用麻薬を定期的を使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい
3. 患者の息苦しさと酸素飽和度は比例する
4. 死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬【臭化水素酸スコポラミン(ハイスコ®)や臭化ブチルスコポラミン(ブスコパン®)]が有効である



13

# A

1. がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる
4. 死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬【臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ）や臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン）】が有効である

呼吸困難にモルヒネが有効で安全であることが確かめられています。特に、それまで疼痛で医療用麻薬を長く内服していた患者では、呼吸抑制に対する耐性ができているので、「疼痛時」と同じように「呼吸困難時」で医療用麻薬を内服しても呼吸抑制は起き「にくく」なっています。つまり、より安全にモルヒネを使用できます。患者の呼吸困難と酸素飽和度は比例せず、酸素があっても苦しい患者があり、酸素がなくてもあまり呼吸困難を訴えない場合もあります。つまり、呼吸困難と呼吸不全は同じではありません（図）。亡くなる前にのどもと痰がごろごろいう現象を死前喘鳴（death rattle）といい、唾液の流れ込みを防ぐために抗コリン薬（ハイスコ®やブスコパン®）を使うと減ることがあります。

このテーマに関心のある方は、OPTIMホームページの緩和ケアセミナー2008年呼吸困難をご覧ください。  
<http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/examin08.html#05>



図 呼吸困難と呼吸不全

## ポイント 呼吸困難の緩和ケア

- モルヒネでやわらげることができる
- 疼痛に対して医療用麻薬を定期的を使用していると呼吸抑制に対する耐性ができているので、医療用麻薬を追加しても呼吸抑制が起きにくい
- 患者の息苦しさと酸素飽和度は比例しない
- 死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、ハイスコ®やブスコパン®が有効である

15

# Q

## 呼吸困難のケアとして誤っているものを1つ選べ

1. 息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさを強さを聞く、患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いる
2. どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握する
3. 体位の工夫・室温調整（低め）・換気（空気が流れる）など環境を快適に保つ
4. 呼吸困難よりも酸素飽和度を苦痛緩和の指標とする



15

# A

## 4. 呼吸困難よりも酸素飽和度を苦痛緩和の指標とする（誤）

呼吸困難のケアも疼痛と同じように、患者自身に呼吸困難を聞くこと、呼吸困難を起こす状況を確認して避けるケアを行うことが重要です。環境整備では、図のように、気流（外気、うちわ、扇風機）が動くような工夫をすると呼吸困難が減ることが多く、呼吸運動であつくなるため室温はやや低温を好まれる方が多いです。図はOPTIMで作成している患者用パンフレットです。ご関心のある方は緩和ケアチームまたはホームページからダウンロードしてください。呼吸困難は自覚症状であり酸素飽和度とは比例しないので症状緩和の指標にはなりません。



図 呼吸困難の環境整備

## ポイント 呼吸困難のケア

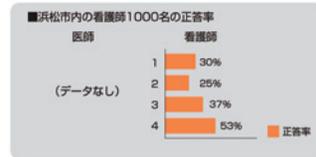
- 息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさを強さを聞く、患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いる
- どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握する
- 体位の工夫・室温調整（低め）・換気（空気が流れる）など環境を快適に保つ

16

# Q

## せん妄の緩和ケアについて誤っているものを1つ選べ

1. 死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある
2. がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い
3. 死亡直前に苦痛をやわらげることができる方法が、鎮静（持続的な鎮静薬の投与）以外にはない患者がいる
4. 終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い



17

## A 4. 終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い(誤)

せん妄は終末期がん患者の60~80%に生じる「通常の死の過程の一部」(a part of normal dying process)です。終末期の高カルシウム血症や脱水は、それによって意識が低下して苦痛を感じなくなっている(自然の麻酔:natural analgesia)ため補正しないほうが苦痛が少なくなることがあります。治療薬としては、抗精神病薬を用いることが標準的です。図1はせん妄の患者にユーバン®(ベンゾジアゼピンでセルシン®やマイスリー®とおなじ抗不安薬・睡眠薬)とセレネース®やコントミン®を投与したのですが、抗精神病薬であるセレネース®やコントミン®でせん妄症状の改善が見られています。終末期患者の約30%では、不穏症状が緩和されないために鎮静(睡眠薬で眠ることにより苦痛をやわらげること)が必要になります。終末期のせん妄の原因はモルヒネ以外に、肝不全・腎不全、低酸素、脳転移など多くの要因が関与しているので(図2)、「モルヒネ(医療用麻薬)のために起きている症状ではない」ことを家族に伝えることが重要です。

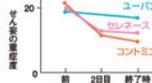


図1 せん妄に対する薬物療法の無作為化比較試験

原因	割合 (%)
肝不全・腎不全	29%
低酸素	16%
薬剤	25%
脳転移	12%
脱水	21%
感染	11%

図2 終末期せん妄の原因

### ポイント せん妄の緩和ケア

- 死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある
- 抗精神病薬が有効なことが多い
- 苦痛をやわらげる方法が、鎮静以外にはないことがある
- 終末期がん患者のせん妄はモルヒネだけでなく複数の原因である

Breitbart W. Am J Psychiatry 1996; 153: 231-237  
Morita T. J Pain Symptom Manage 2001; 22: 997-1006

18

## Q せん妄の緩和ケアについて誤っているものを1つ選べ

1. 時計・カレンダーを置く
2. せん妄症状を悪化させる不快な症状(尿意・便意・疼痛など)がないか確認する
3. 患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているかを聞く
4. 医療用麻薬のためにせん妄になっていることを家族に説明する



19

## A 4. 医療用麻薬のためにせん妄になっていることを家族に説明する(誤)

せん妄をなるべく悪化させないために時計やカレンダーを患者から見えるところに見える大きさに置きます(図1)。不快な症状、特に、尿閉、宿便がせん妄を悪化させていることがあるので、排泄ができていないか確認します。家族はせん妄に対して戸惑っていることが多いため、「医療用麻薬のためになっているわけではない」ことを説明し、せん妄症状を否定せずに付き合うことや、家族自身の悲しみを受け止めます。

このテーマに関心のある方は、OPTIMホームページの緩和ケアセミナー2008せん妄をご覧ください。(http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/examin08.html#07)



図1 時計やカレンダー



図2 せん妄を家族に説明するためのパンフレット

### ポイント せん妄のケア

- 時計・カレンダーを置く
- せん妄症状を悪化させる不快な症状(尿意・便意・疼痛など)がないか確認する
- 患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているかを聞く
- せん妄の原因を家族に説明する  
(医療用麻薬のために起きていることは少ないが、家族が誤解していることが多い)

20

## Q 死が近づいた時のケアについて誤っているものを1つ選べ

1. 患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価する
2. それまで行われてきた処置(体位変換、吸引など)について必要性を評価する
3. 家族がどんな心配を抱いているか、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問で定期的に聞く
4. 心電図モニターや酸素飽和度の経時的なモニタリングを全員に行う
5. 口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にする

21

## A 4. 心電図モニターや酸素飽和度の経時的なモニタリングを全員に行う (誤)

死が近づいた時、患者の身体的苦痛が取れているか定期的に評価します。それまで行っていた体位変換や吸引などが「今も必要か」毎日検討します(体位変換はマットレスの工夫に変更する、吸引は定期的な吸引をやめて口腔内の吸引にとどめるなど)。患者のみならず付き添っている家族に1日1回は開かれた質問をして心配ごとを聞いて対応します。図はOPTIMで作成している「看取りの時の家族の心配にこたえる」パンフレットです。医療者が読んでも「家族の心配に対応する方法」がわかるように書かれていますので、ご関心のある方はホームページからダウンロードしてください。

このテーマに関心のある方は、OPTIMホームページの緩和ケアセミナー2008年看取りのケアなどをご覧ください。(http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/examin08.html#08)

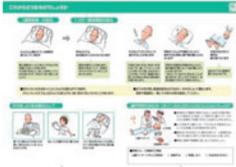


図 看取りの時の家族の心配にこたえるパンフレット

### ポイント — 死が近づいた時のケア

- 患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価する
- それまで行われてきた処置(体位変換、吸引など)について必要性を評価する
- 家族がどんな心配を抱いているか、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問で定期的に聞く
- 口腔内の様子を定期的に観察し清潔にする

22

## Q 患者や家族とのコミュニケーションとして誤っているものを1つ選べ

1. 患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をしている
2. 患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている
3. 患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している
4. はっきりとした情報を収集するため、患者が「はい・いいえ」で答えられる質問だけをしている

23

## A 4. はっきりとした情報を収集するため、患者が「はい・いいえ」で答えられる質問だけをしている (誤)

コミュニケーションでは場の設定が重要であり、静かでプライバシーが保てる場所で話をすることは、それだけで「あなたを尊重しています」というメッセージを伝えることができます。「痛みがありますか?」のような閉じられた質問(closed question)、「はい・いいえ」で答えられる質問は、情報を引き出すには有用ですが、しばしば、患者・家族の心配ごとと一致しているとは限りません。「いちばん困っていらっしゃることは何ですか?」のように、受け手の自由な応答を促す質問(open-ended question)を意識して用いることが重要です。患者・家族の多くは「自分から聞くことはできない」という気持ちを持っているため、医師・看護師から「なにかお聞きになりたいことはないですか?」のように質問を促すことも重要です。



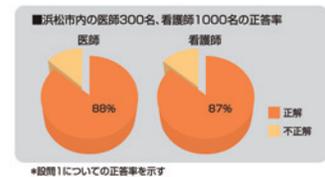
### ポイント — 患者や家族とのコミュニケーション

- 静かでプライバシーが保てる場所
- 「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問
- 患者・家族に質問を促す

24

## Q 緩和ケアの対象について、正しいものを1つ選べ

1. 緩和ケアは、がんに対する治療と一緒にには行わない
2. 緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである
3. 緩和ケアは、抗がん治療を受けているか、病気が末期かに関係なく、苦痛のある患者すべてが対象である



25

### A 3. 緩和ケアは、抗がん治療を受けているか、病気が末期に関係なく、苦痛のある患者すべてが対象である

WHOの定義で、「終末期の」ということばが出てこないこと、「早期から」と記載されていることに注意してください。これらから分かるように、緩和ケアは「苦痛に対する治療」であって、抗がん治療を受けているか、病気が末期に関係なく、苦痛のある患者すべてが対象です。

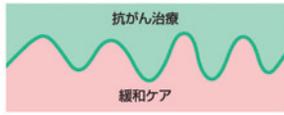


図 抗がん治療と緩和ケア



#### ポイント 緩和ケア

- WHOの定義:  
「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質を向上させるためのアプローチである」(WHO 2002)
- 「緩和ケア」は「苦痛に対する治療」であり、「苦痛のある患者」すべてが適応になる

26

### Q 緩和ケアの対象となる患者の在宅への移行について、間違っているものを1つ選べ

1. 在宅に帰る患者には、入院中から、自宅でもできるようなケアを意識して行う
2. 早い時期にケアマネジャーや訪問看護師など自宅で患者をみる地域の職種に連絡する
3. 退院前カンファレンスを行う
4. 退院に関して不明な点があれば、退院支援部署の退院支援担当の看護師に相談する
5. 痛み止めはしっかりコントロールできるように患者や家族ではなく看護師で管理する

27

### A 5. 痛み止めはしっかりコントロールできるように患者や家族ではなく看護師で管理する(誤)

自宅に戻る重症の患者さんでは、入院中から、「自宅に戻ったらどうするか」を意識したケアが大切です。夜間の体位変換や複雑な処置など自宅ではできないような方法は、入院中から「自宅でもできるような方法」に変えておきます。服薬なども自宅では患者・家族が行うため、入院中も患者・家族にしてもらい、「なるべく自信を持ってできるように」しておきます。早い時期からケアマネジャーや訪問看護師に声をかけ、退院前カンファレンスを行って緊急時の対応方法を確認して申し送りをしておきます。不明な点は院内の専門部署に連絡します。



#### ポイント 緩和ケアの対象となる患者の在宅への移行

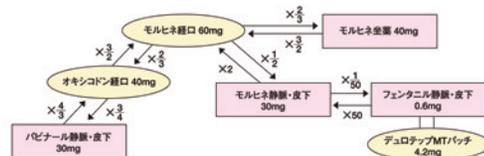
- 入院中から、自宅でもできるようなケアを意識して行う
- 早い時期にケアマネジャーや訪問看護師など自宅で患者をみる地域の職種に連絡する
- 退院前カンファレンスを行う
- 退院に関して不明な点があれば、退院支援担当の看護師に相談する

28

#### よくある質問

##### 1 医療用麻薬の換算の仕方を教えてください

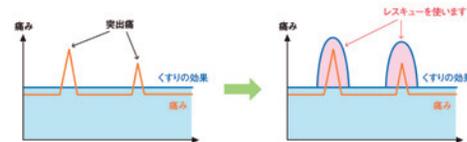
モルヒネ経口60mg/日としたい計算上等価になる医療用麻薬の量です。詳細は「ステップ緩和ケア」(OPTIM浜松事務局から入手できます)をご覧ください。



##### 2 ずっと痛くないけど、時々痛い患者さんへの対応の仕方を教えてください

ずっと痛みがない患者さんに「痛そうだから」というだけで医療用麻薬の定期投与量を増量すると眠気や精神症状を生じやすくなります。

- 1) どういうきっかけで痛くなるのかをきいて痛みの刺激を避けること、2) 骨転移なら放射線、限局した場所の痛みなら神経ブロック、3) 痛いときに「適切な量の」(1日投与量の6分の1の)レスキュー(疼痛時)を使用します(図)。



29

## 資料5 緩和ケアセミナー（2008年度）のグループワークの内容

	テーマ	形態	ファシリテーター	評価得点
第1回	終末期喘鳴への対応	症例検討	医師	4.0点
	誤嚥性肺炎を繰り返す患者の食へのニードと家族間調整	症例検討	看護師	4.4点
	ホスピスから前医へ戻り化学療法を再開した症例	症例検討	医師	3.9点
	希望を見出すためのケア	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.4点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.4点
	消化管閉塞症状にサンドスタチンが著効した症例	症例検討	医師	4.6点
	オピオイドによる嘔気（薬物療法と薬局との連携）	症例検討	医師	4.6点
	療養の場の選択に関する意思決定へのサポート	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.3点
第2回	退院時は病院での最期を希望していたが在宅で看取った患者家族への支援	症例検討	看護師	4.2点
	院外薬局での患者情報不足に対する工夫	症例検討	薬剤師	4.4点
	社会的経済的問題が中心だった患者家族への支援	症例検討	MSW	4.6点
	オピオイド導入時の副作用などの説明	ロールプレイ	医師	4.5点
	フエンタニル使用中の患者の呼吸困難感にモルヒネを追加	症例検討	医師	3.8点
	オキシコンチンで嘔気のある体動時痛の患者にデュロへの変更と制吐剤、放射線、リハビリ	症例検討	医師	4.6点
	がん患者を家族に持つ子ども達への対応	症例検討	医師	4.3点
	家族への看取りの説明	ロールプレイ	医師	4.4点
	家族の怒りへの対処	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.8点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.2点
「あとどれくらい生きられるのか」と聞かれたときの対応	ロールプレイ	緩和ケア認定看護師	4.2点	
第3回	在宅で看取ったケース「訪問看護・往診医への移行の適切な時期の検討」	症例検討	看護師	4.1点
	家族の怒りへの対応	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	MSW	4.4点
	看取りのときの家族のケア（せん妄）	ロールプレイ	医師	4.2点
	医療用麻薬を初めて使用するときの説明	ロールプレイ	医師	4.0点
	オピオイドローテーションの方法と計算	症例検討	医師	4.5点
	難治性疼痛に鎮痛補助薬を用いた事例	症例検討	医師	4.5点
	在宅でモルヒネの自己注射を用いて診療所・ステーションと疼痛管理をしている症例	症例検討	医師	4.6点
第4回	自分の気持ちをなかなか表出しない患者さんへの対応	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.6点
	不安が強い患者さんへのケア	症例検討	看護師	4.3点
	訪問看護を紹介したが希望しないケースを通して、「早期に訪問看護を導入する方法」を考える	症例検討	看護師	4.7点
	聖隷三方原病院の退院支援をよくする方法を考える	症例検討	看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
	オピオイドローテーション（基本編）	症例検討	医師	3.8点
	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.8点
	死亡直前に不穏になった患者の家族のケアと説明	ロールプレイ	医師	4.3点
	認知症、腎不全がある患者さんの痛みのマネジメント（参加者からのケース）	症例検討	看護師	4.7点
	リンパ浮腫への対応（家族指導・環境設定・マッサージ）	実技	作業療法士	4.4点

第5回	予後を知りたいのに家族は伝えたくない時のかかわり	症例検討	看護師	4.6点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望するとき—胸・腹水のある患者への輸液の適応と家族への説明—	症例検討	医師	4.8点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望するとき—輸液を行わないことが最善と考えられる場合の家族ケア—	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.3点
	退院前カンファレンスの工夫と進め方	症例検討	看護師・介護支援専門員	4.5点
	呼吸困難のある患者の目標設定	ロールプレイ	医師・看護師	3.8点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	医師・看護師	4.2点
	病院から地域への退院支援の課題	症例検討	看護師	4.3点
	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.6点
エンゼルメイク	実技	ホスピス看護師	4.6点	
第6回	短期入院でできる神経ブロックの紹介	症例検討	医師	4.8点
	ノバミンによる副作用（うつ病、アカシジア）の事例：気づく方法を知る	症例検討	医師	4.8点
	退院前カンファレンスの工夫を考える	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.5点
	地域連携の中でホスピスの上手な利用について考える	症例検討	医師・看護師	4.3点
	医師と看護師間のコミュニケーション—互いの認識のずれについて考える—	症例検討	医師	5.0点
	スピリチュアルケアの実際	レクチャー	緩和ケア認定看護師	4.7点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	医師	4.3点
	終末期がん患者の下肢リンパ浮腫のケア	実技	理学療法士・作業療法士	4.0点
がん患者のマウスケアのコツ	実技	歯科医師・歯科衛生士	4.7点	
第7回	神経障害性疼痛と鎮痛補助薬	症例検討	医師	4.3点
	消化器症状のケアのコツ（パンフレット、胃管挿入の実演）	実技	緩和ケア認定看護師／摂食・嚥下障害看護認定看護師	5.0点
	宗教的ケアを考える（緩和医療とキリスト教の接点）	症例検討	牧師・医師	4.3点
	在宅ホスピスができることを知る	症例検討	診療所医師 緩和ケア認定看護師	4.5点
	がん患者の使える社会資源—事例を通して	症例検討	MSW	4.5点
	息が止まりそうときの苦痛緩和	症例検討	医師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	MSW	4.8点
	アメリカにおける子どものグリーフ・ケア—チャイルド・ライフ・スペシャリストを招いて—	症例検討	CLS・医師	4.6点
せん妄の治療とケア—入院中に生じたせん妄のアセスメントとケア—	症例検討	医師	4.5点	
がん患者のケアにいかす呼吸理学療法	実技	理学療法士	4.8点	
第8回	がん患者の口腔ケアのコツ（2回目）	実技	歯科医師・歯科衛生士	4.8点
	紹介された患者や家族との面談：SHAREを基本に認識と希望をきく	症例検討	医師	4.1点
	大切な人を失う家族の悲嘆のケアを考える	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.5点
	緩和ケアにおけるステロイドの使い方	症例検討	医師	4.3点
	がん患者の使える社会資源—事例を通して	症例検討	MSW	4.0点
	化学療法の中止を話し合うときのコミュニケーション	症例検討	医師 がん化学療法看護認定看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	MSW	4.3点
	緩和医療とキリスト教の接点：精神的苦悩をどう考えどう関わるかのフリートーク	グループワーク	牧師・医師	4.0点
エンゼルメイク 実演（2回目）	実技	ホスピス看護師	4.3点	
呼吸困難のケア		理学療法士		
肺理学療法士の視点による評価とアプローチ	実技	緩和ケア認定看護師	4.8点	

第9回	短期入院でできるブロックの紹介	レクチャー	医師	5.0点
	入院中に生じたせん妄の薬物療法とケア	症例検討	医師	4.6点
	事例を通じて介護保険制度の利用について知る	症例検討	介護支援専門員	4.4点
	医師とのコミュニケーションのコツ（病院編・在宅編）	症例検討	看護師	3.8点
	息切れ、息苦しさで困っている患者さんへの対応	ロールプレイ	医師	4.0点
	化学療法の中止を話し合うとき—事例を通して考える—	症例検討	医師 がん化学療法看護認定看護師	4.6点
	早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
	気持ちのつらさに対するケアを考える	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.1点
	地域包括支援センターの役割・機能を知る—事例を通して—	症例検討	地域包括支援センター 社会福祉士	4.3点
発生時軽くみえても必ず悪化する褥瘡	実技	皮膚・排泄ケア認定看護師	4.7点	
第10回	こころのケア～精神的苦悩に対するケアを考える	症例検討	医師、緩和ケア認定看護師、看護師、心理療法士	4.4点

セミナー実施時のタイトルそのまま記載した。

CLS：チャイルドライフスペシャリスト。

「早期から在宅サービスの利用をすすめるツールを考える」は参加者から自発的なグループワークの申し入れがあったため毎回テーマとして入れた。

\*評価得点：「とても役に立つ（5点）」「役に立つ（4点）」「少し役に立つ（3点）」「あまり役に立たない（2点）」「役に立たない（1点）」の平均値を示す。

## 資料 6 緩和ケアセミナーのスタッフマニュアル (2008 年)

第 8 回 浜松緩和ケア症例検討会 スタッフマニュアル  
2008 年 12 月 16 日 (火) 18 時 45 分-20 時 45 分

### < 役割分担 >

#### 事前準備

- ・ 会場の手配, 設備の確認, 備品の準備, お茶の準備, ビニール袋, テープ: 鈴木
- ・ 総務等へ症例検討会が開催されることの周知: 鈴木
- ・ 大ホール音響の鍵 (総務から借用): 鈴木
- ・ 無料駐車券の準備 総務を通じて (参加者+10 部): 鈴木
- ・ 受付資料 (出欠表 1 部, 資料・アンケート: 参加者+30 部): 鈴木  
《資料》封筒に入れて渡す  
プログラム, 資料, アンケート, メモ用紙 1 枚 (症例検討用)  
パンフレット 1 種 (これからの過ごし方について)
- ・ 症例のコピー準備: 石田
- ・ 名札の準備: 鈴木
- ・ ツール予備 (各 50 部)  
ステップ緩和ケアガイド, ステップ緩和ケアガイド付録: 鈴木
- ・ 当日の案内プレートの準備 (玄関, 検査室の前, エレベーター横): 鈴木
- ・ グループ名表示のツール (机の上におくもの): 鈴木
- ・ 検討症例回収・アンケート回収・名札回収用ボックスの準備: 鈴木

#### 当日の役割

- ・ 当日の案内プレートの設置 (玄関, エレベーター横): 鈴木
- ・ 会場準備: 17:00 より準備開始, スタッフは 18:15 集合  
PC2 台, プロジェクター1 台, ポインター1 個  
机はグループワークのかたちでセッティング (別紙参照)
- ・ 司会・進行: 山本
- ・ 受付: 岡本, 加藤  
出欠確認・資料配布・駐車券交換・名札の案内・検討症例受取り  
ツール (ステップ緩和ケアガイド, ステップ緩和ケアガイド付録) を持っていない参加者への配布
- ・ 救急棟 1F エレベーター前までの案内: 吉村
- ・ 3F 会場案内 (前からつめていただく): 木原
- ・ PC: 石田
- ・ 照明・カーテン・マイク: 石田
- ・ 写真: 吉村
- ・ ビデオ撮り: 山田
- \* 症例検討のファシリテーター  
太田, 木谷, 石田, 山本, 新村, 佐々木, 加藤, 青木, 森本, 吉野  
木原, 福本

## ＜タイムスケジュール＞

受付開始：18時15分

- ・ 出席表のチェック
- ・ 検討症例の受け取り
- ・ 資料・アンケート配布
- ・ 駐車券交換
- ・ 名札の案内
- \* 症例検討会提示用の当日受付&今日の症例検討会の掲示作成  
→山本と石田で症例を選定  
レクチャー中に掲示用スライド作成  
＜テーマ（○看護師 △薬剤師など）＞（山本）

### I.レクチャー：45分（18:45-19:30）

準備：スライド

ステップ緩和ケアの「皮下輸液」のDVD（吉野医師のレクチャーで使用）

### 休憩：10分（19:30-19:40）

- ・ 途中退出者へのアンケート記入の呼びかけ（裏表確認）
- ・ プロジェクターで症例検討の症例と集まるテーブルの表示、グループワークの内容の説明（何をやるか、主にどの職種が対象か、を明記）
- \* エンゼルメイクはビデオをとる予定なので、事前に了解いただくように説明する  
準備：スライド

### II. 症例検討会：65分（19:40-20:45）

- ・ グループ分け  
集まってもらって、あまりにも偏った場合には調整する  
準備：ファシリテーターの確認、症例提示
- ・ グループ毎の検討会（65分）
  - \* 症例について書かれたものは各グループのファシリテーターがすべて回収する（最初にアナウンス）
  - \* 名札が見やすいように、胸元まで上げるか机の上に置く
  - \* 当日に検討できなかった症例は次回にまわしていただく。急ぐものは個別に対応する
  - \* 症例検討会後のグループごとの発表はなしとする。そのため、各ファシリテーターはグループで話し合われた内容を200字程度でまとめ、MLに12月18日10時までに送信する。  
12月18日12:30-13:30 ふりかえりと次回の打ち合わせを行なう(ホスピススタッフルーム)。
- ・ 終了10分前にアナウンス&アンケート記入の呼びかけ（裏表確認）
- ・ お知らせ（次回症例検討会・2月交流会のご案内）
- ・ アンケート受取り（受付に設置した回収ボックスへ）

**資料 7** 緩和ケアセミナーのグループワークの内容 (2009 年度)

	テーマ	形態	ファシリテーター	評価得点
第2回	1. 短期入院でできるブロックの紹介	レクチャー	医師	4.5 点
	2. スピリチュアルケア (テーマ: 負担感)	レクチャー	緩和ケア認定看護師	4.8 点
	3. スピリチュアルケアの実際 (テーマ: 自律)	症例検討	緩和ケア認定看護師	4.5 点
	4. 気持ちのつらさに対する評価と治療ケア	レクチャー	医師	4.2 点
	5. 化学療法の中止を相談するとき	レクチャー	がん化学療法看護認定看護師 医師	4.2 点
	6. 診療所との連携を考える	グループワーク	MSW	4.7 点
	7. 動けなくなってきた患者さんへの日常生活の介助のコツ	レクチャー 実技	理学療法士 作業療法士	4.8 点
	8. がん患者のケアにいかす呼吸理学療法	レクチャー 実技	理学療法士	4.8 点
	9. がん患者の口腔ケアのコツ	レクチャー 実技	歯科医師 歯科衛生士	4.8 点
第3回	1. 看取りのパンフレットの使い方～背景知識を理解して実践に活かす～	レクチャー	医師 緩和ケア認定看護師	4.8 点
	2. がん患者さんを支えるご家族のこころのケアを考える	レクチャー	医師	4.3 点
	3. 入院中の終末期せん妄のケア	レクチャー 症例検討	医師	4.6 点
	4. 化学療法の継続を支えるケア～精神的サポート・身体症状のマネジメント～	レクチャー グループワーク	がん化学療法看護認定看護師 医師	4.3 点
	5. がん患者の褥瘡ケアの実際	レクチャー	皮膚・排泄ケア認定看護師	4.5 点
	6. 診療所との連携を考える	グループワーク	医師	4.4 点
	7. 動けなくなってきた患者さんへの日常生活の介助のコツ	レクチャー 実技	理学療法士 作業療法士	4.2 点
	8. がん患者のケアにいかす呼吸理学療法	レクチャー 実技	理学療法士	4.0 点
	9. がん患者の口腔ケアのコツ	レクチャー 実技	歯科医師 歯科衛生士	5.0 点

第1回・第4回のセミナーでは、共通事例によるグループワークが行われた。

\*評価得点: 「とても役に立つ (5点)」「役に立つ (4点)」「少し役に立つ (3点)」「あまり役に立たない (2点)」「役に立たない (1点)」の平均値を示す。



(本書子の作成にあたって)  
 ●この冊子は、浜松市全域でがん医療を受けられる患者さん・ご家族の満足度が上がることを願い、作成いたしました。  
 ●本書子の内容を日常診療の工夫に取り入れることにより、医師や看護師が大きな負担を感じることなく、患者さんやご家族の要望に沿った医療を進めていくことに役立つと考えております。  
 ●冊子はプロジェクトの一環として、2010年に数回、浜松市の主な病院で一斉配布されます。  
 ●「医療現場」の中、医師は年々多忙になり、患者さん・ご家族の希望に「応じたくても応じられない」状態がありますが、ご一読いただければ幸いです。  
 ●ご不明点やご意見は各病院の緩和ケアチームにご連絡ください。

浜松市  
1000件の調査に基づく  
がん患者さん  
ご家族の声

●2008年4月から2011年3月の期間に浜松市の全域で「がん緩和ケアの介入研究(OPTIMプロジェクト)」が行われています。  
 ●2008年に行われた調査結果から、患者さん・ご家族の声と医療者が対応できそうなことをまとめました。

Contents

I 浜松地域の調査結果  
 2008年 浜松市のがん患者さん・ご家族の調査結果 P02  
 自由記述 P03

II 患者さん・ご家族への対応のポイント  
 Point ① 何か「心配ごと」の訴えがあったときのポイント P05  
 Point ② 何かの身体症状を訴えられたときのポイント (化学療法剤の副作用を含む) P06  
 Point ③ 「何かできることはありませんか」といわれたときのポイント P07  
 Point ④ 終末期のがん患者さんを担当したときのポイント P08  
 最期を過ごす場所について相談するときのポイント P09  
 Point ⑤ 医療用麻薬を処方するときのポイント P10

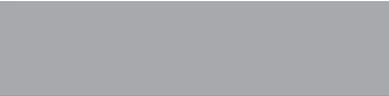
III OPTIM (緩和ケア普及のための地域プロジェクト) とは P12  
 IV サマリー P13  
 V 患者さん・ご家族の声 P14

明日からの診療に  
活かせる工夫を  
もりこみました。  
ぜひご一読下さい。

●ご意見をいただいた方たち(100名)



●作成者(10名)



企画・編集・発行 緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM浜松事務局  
 〒433-8588 浜松市東区東山1-1-1 TEL:053-444-2222 FAX:053-444-2222

浜松市立総合医療センター、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 緩和ケアチーム OPTIM

I 浜松地域の調査結果

●がん患者さんが受けられた医療に関するアンケート調査  
 患者さん・ご家族からみた、がん緩和医療の課題を明らかにするために、浜松市全域で調査が行われました。

●対象・方法  
 適格基準に該当する患者さん・ご家族を連続的にサンプリングして、郵送法による質問紙調査を行いました。

●患者調査  
 2008年4～5月に浜松市内の8病院の外科、消化器内科、呼吸器内科など一層の外科に受診しているがん患者さん(再発・遠隔転移があるもの)

●遺族調査  
 2007年4月～2008年3月に浜松市内の7病院の外科、消化器内科、呼吸器内科など一層の内科、ホスピス病棟、または在宅で亡くなったがん患者さんのご遺族

●調査項目

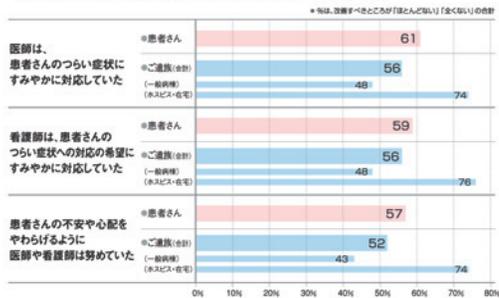
Care Evaluation Scale, Good Death Inventory など信頼性・妥当性の確かめられた Quality of Life の評価尺度を用いて評価しました。(項目例)

- 医師は、患者さんのつらい症状にすみやかに対応していた
- 看護師は、患者さんのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応していた
- 患者さんの不安や心配をやわらげるように医師や看護師は努めていた

結果

1 量的調査のまとめ

- 患者さんに対しては、549件の調査票を発送し、337件(61%)から回収しました。
- ご遺族に対しては、602件の調査票を発送し、432件(72%)から回収しました。
- 亡くなられた場合は、一般病棟313名、ホスピス病棟80名、在宅39名でした。



40%の患者さん・ご遺族が、「身体的苦痛の緩和」、「精神的ケア」に改善が必要と考えていることが分かりました。

I 浜松地域の調査結果

2 自由記述のまとめ

自由記述を「内容分析」という方法で分析した結果、患者さん・ご家族の要望として、①「患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい」、②「患者・家族が後悔しないように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにして

ほしい」、③「苦痛が最小限になるように努力してほしい」、④「生きる希望を支えてほしい」、⑤「医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい」、があることが分かりました。

患者さん・ご家族の要望

① 患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい

「家族として苦しめたのは、どうしていいかわからないことでした。本人の言葉に、どう答えてあげればいいのか分かりませんでした。でも、先生や看護師さんが、本人だけではなく、家族もサポートしてくださったおかげで、母をおだやかに看取ることができました」

「患者からは言いたくないので、医師から声をかけてもらえたらうれしい」

「患者の気持ちは、本人でなければわからないと思います。一生懸命話しても、医師からも看護師からも「気にしすぎですよ」、「神経質になりすぎですよ」と言われて、分かってもらえない気がして悲しくなりました。答えはわからないので、気持ちを聞いてほしい」

医師・看護師に求められること  
患者さん・ご家族が医師・看護師にわかってもらえた、一緒に考えてもらえたと思える

患者さん・ご家族の要望

② 患者・家族が後悔しないように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい

「亡くなる前「今なら選べますよ」といわれて、家に帰りました。少しでも味わえるようにスープレを飲ませたときに、しみじみと「ああ、おれん」と母が喜んでくれた。このことが今でも忘れられません。母も私も選んで来て、本当によかった。あたりで一緒に選んでほしいことに感謝しています。最後のよい思い出になりました」

「痛がったり、苦しんだりすることはありませんでしたが、この後どうなっていくという説明がなかったので、思ったより早く意識がなくなることを知らないまま過ごした時間が悔やまれます。意識がなくなることをもう少し早く教えてもらえたらよかったと思います」

「家族が思うより早い死だったので、自宅で過ごせなかったことが残念です。自宅で過ごさせてあげたかったという思いは残りました。むすかさん(看護師)はありますが、最期は自宅で、家族のそばで過ごすことをどこかで相談できたらよかったと思います」

医師・看護師に求められること  
患者さん・ご家族が「後悔しない」、話しておきたい・やってあげたいことができるように医師や看護師が必要なることを教えてくれたと思える

## II 患者さん・ご家族への対応のポイント



### Point / 1 何か“心配ごと”の訴えがあったときのポイント

要望 患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい

#### そのためにこのような工夫があります

1 患者さん・ご家族の“心配ごと”には、病状以外にもさまざまなことがあります。訴えに耳を傾け、一緒に考えようとする姿勢が何より支えになります。医師ひとりですべてを解決する必要はなく、看護師や相談室のスタッフなどと一緒に対応しましょう。  
「・・・はたいへんですよね、一緒に考えたいと思います」と医師から伝え、複雑な問題は相談室などに早めにご相談ください。

たいへんな時に一緒に相談のついでに人たちがいますので、声をかけてください。  
●浜西部浜松医療センター 総合相談支援室  
●聖隷浜松病院 がん相談支援センター  
●聖隷三方原病院  
●よろず相談地域支援室 浜松がんサポートセンター  
●浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター  
●遠州病院 よろず相談窓口

2 「何かになれることはありませんか」、「何か心配はありますか」などと日々の関わりの中で、医師から時々声をかけてください。

Memo 医師がかける言葉は、患者さんに深く影響することが示されています

#### 心支えになる言葉の例

- 「力になれることは何かありますか」
- 「一番知りたいことや心配されていることは何ですか」
- 「日常生活や仕事のことなど、病状のこと以外でも気がかりなことがありますか」
- 「話は早くないですか、ここまで何かわからないことはないですか」
- 「あとで思い出さずとも、いつでもご相談ください」
- 「言葉を尽くしますので、一緒にがんばっていきましょう」
- 「大丈夫がみんなまで一歩いいことを考えていきましょう」

#### 支えにならない言葉の例

- 「何もできることはありません」
- 「あと〇〇か月です」
- 「（モルヒネは）最後のくすりです」
- 「寿命が短くなりますが使えますか」



図解1 がん患者に対するコミュニケーションスキル 医学雑誌, 2007  
Morita T. Ann Oncol 2004; 15: 1551-1557

### 患者さん・ご家族の要望

#### ③ 苦痛が最小限になるように努力してほしい

「だるさやむくみがなかなかとれませんが、よくならなくて困っているような方法をみんなで考えたいと思っています」

「抗がん剤をやっていたとき、吐き気止めの点滴を自宅でも受けることができればいいのと思いました。副作用がかなり軽減されました。治療と一緒に、副作用に対しての対応やサポートがもっとあるといいと思いました」

医師・看護師に求められること  
患者さん・ご家族が身体的苦痛（化学療法の副作用を含む）が最小限になるように医師・看護師が努力してくれたらと思う

### 患者さん・ご家族の要望

#### ④ 生きる希望を支えてほしい

「食事やサプリメントなど、『ご本人にとって、いいと思ったことは何でもやってみよう』という姿勢で、本人の希望を否定することなく接して下さったことがありがたかったです」

「代替療法を認めてもらえず、『やっても無駄』といわれ、腫瘍のための治療なのか分からなくなりました。がんに対する治療はできなくても患者の希望になるようにしてほしい」

医師・看護師に求められること  
患者さん・ご家族が医師・看護師に「生きる希望」を支えてもらえたと考える

### 患者さん・ご家族の要望

#### ⑤ 医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい

「癌が悪くなったとき、モルヒネで痛みは楽になりましたが副作用も出てきました。モルヒネのせいではないなら、はっきり教えてもらえたらいいと思います」

「最後にモルヒネをつづかないと聞きましたが、うたあそと意識がなくなってしまう。そのせいかどうか分かりませんが、最後にうってしまったのがよかったのかと、わかれられない気持ちがあります」

医師・看護師に求められること  
ご家族が、医療用麻薬のせいでは状態が悪化したと誤解せずにすみ（医療用麻薬についての誤解をとく）

### まとめ

- 40%の患者さん・ご家族が、「身体的苦痛の緩和」、「精神的ケア」に改善が必要と回答しています。
- 具体的な要望として多かったものは、以下の内容です。
  - ①患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい
  - ②患者・家族が「後悔しない」ようにしてほしい（話しておきたい・やっておきたいことができる）
  - ③苦痛が最小限になるように努力してほしい
  - ④生きる希望を支えてほしい
  - ⑤医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい

※図解1は、医師の特定できないようになっています。

## II 患者さん・ご家族への対応のポイント

### Point / 2 何かの身体症状を訴えられたときのポイント（化学療法の副作用を含む）

要望 苦痛が最小限になるように努力してほしい

#### そのためにこのような工夫があります

1 ●痛みなどの標準的な治療にはマニュアルが活用できます。  
●地域のマニュアル「ステップ緩和ケア」は緩和ケアチームから入手可能です。

2 ●複雑な事例は、緩和ケアチームへの早目の相談をご検討ください。倦怠感や浮腫など、緩和が難しい症状でも、「何か工夫できることはないか」あきらめずに考えてもらえたい」と思えるように、緩和ケアチームに紹介してみてください。

別 「病が続いていて困っていらっしゃるのです。つらい症状をとることを専門にしているチームがあります。相談してみませんか」

浜松地域の緩和ケアチーム  
各緩和ケアチームが協力して治療しています  
●浜西部浜松医療センター 緩和ケアチーム  
●聖隷浜松病院 緩和ケアサポートチーム  
●聖隷三方原病院 緩和ケアチーム  
●浜松医科大学医学部附属病院 緩和ケアチーム  
●遠州病院 緩和ケアチーム

3 化学療法の副作用も「何か対応を考えてくれた」と思えること自体が満足につながります。

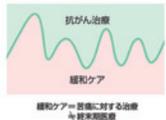
#### 嘔気・食欲不振では

- 制吐剤
  - 標準的な制吐剤 (5-HT<sub>3</sub>レセプター拮抗薬、ステロイドなど)
  - 処方されている薬が効いていない患者さんが多いので「もう少しでも気持ちいいと思えたら、飲んでみてください」と伝えることもひとつの工夫です。
  - オランザピン/リフレキサセタンなどが一部の患者さんで有効です。（緩和ケアチームにご相談ください）
- 食事の工夫
  - おいが気になる方が多いので冷ますなどの工夫があります。
  - 「抗がん剤、放射線治療と食事は一緒に摂る」（静岡県立静岡がんセンター）や「食べながら飲む」（静岡県立がんセンター）が効果的と紹介されています。
- 鍼灸

### Memo 緩和ケアとは？

「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質を向上させるためのアプローチである」(WHO 2002)

※ 終末期など時期には関係なく、「苦痛があるとき」が緩和ケアのスタートです。「緩和ケアチーム」に依頼するタイミングは終末期かどうかではなく、「何かつらいことがあるかどうか」でご判断ください。



### Point / 3 「何かできることはありませんか」といわれたときのポイント

要望 生きる希望を支えてほしい

#### そのためにこのような工夫があります

1 抗がん治療を行わないことは、「何もしないこと」ではありません。「何もできません」とは言わずに、「できること」（達成可能な今後の目標）の言葉を添えてみてください。

例 「抗がん剤治療はお休みしますが、その間なるべく体力を維持できるようにしていきましょう」  
「言葉を尽くしますので、痛みがとられてご自宅に戻れるように一緒にがんばっていきましょう」

#### 2 代替療法については、「大切な生きる希望」になっていることがあり、個別の対応を望んでいる方が多くいらっしゃいます。「代替療法をする・しない」に焦点をあてるのではなく、相談のうえでも気持ちを支えることができます。



### Evidence 国内の大規模調査で分かった有効なコミュニケーション

#### 化学療法を中止するときのコミュニケーション

「何もすることがない」というかわりに「今後の達成可能な目標を具体的にいう」ことが支えになります。

	医師がコミュニケーションについて不満を感じた割合
「何もすることがない」という	3.5
今後の達成可能な目標を具体的にいう	0.47
質問できる状態である	0.34

医師が「何もすることがない」ということで、医師がコミュニケーションが不満足である「今後の達成可能な目標を具体的にいう」ことで、「コミュニケーションが不満足を感じる」可能性が半分になることを意味します。

#### 「希望を支えながら心の準備をする」ために役立つ医師の態度

「しておいた方がいいことについて早い時期に相談のうえに」、「代替療法の相談のうえに」ことが役に立つと評価されています。

	医師が「希望を支えながら心の準備ができる」と感じた割合
しておいた方がいいことについて早い時期に相談のうえに	3.9
代替療法の相談のうえに	3.1

医師が「しておいた方がいいことについて早い時期に相談のうえに」、「代替療法の相談のうえに」ことで、医師が「希望を支えながら心の準備ができる」と感じる可能性が3.1-3.9倍上がることを意味します。

Morita T. Ann Oncol 2004; 15: 1551-1557

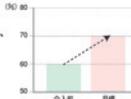


### III OPTIMとは (緩和ケア普及のための地域プロジェクト)

#### Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model

●厚生労働科学研究によって2008年4月～2011年3月、全国の4地域で行われている緩和ケア普及のためのプロジェクトです。

●2008年「苦痛の緩和に関する改善すべきところが「ほとんどない」、「全くない」(満足)」と答えた患者さん・ご家族は60%です。70%以上昇することを目標にしています。



●前後で患者さんご家族にアンケート調査などが行われ、効果の評価されます。

●患者さん・ご家族からみたケアの質  
●専門緩和ケアの利用数  
●死亡の場所  
が評価対象になります。

●詳しくはホームページをご覧ください。



<http://www.gankanwa.jp/>

#### OPTIMの診療支援ツール

●OPTIMでは、さまざまなツールが作成されています。ご関心をもっていた先生方は、各病院の緩和ケアチーム、またはOPTIM浜松事務局にお問い合わせください。

患者さんに送る緩和ケアや在宅療養のリーフレット

緩和ケアの専門家やコミュニケーションの活用ビデオ

患者さんの症状が一目でわかる図解

浜松地域で緩和ケアに取り組んでいる医療従事者のリスト

地域緩和ケアチーム

在宅療養中など相談先のない場合、緩和ケアチームが相談・カンファレンス・診療などを行います。  
相談: 電話 FAX E-mail (月～金 9:00～15:00) [お問い合わせ先] がんサポートセンター  
Tel: \_\_\_\_\_

### IV サマリー

2008年に行われた浜松地域のがん患者さん・ご家族の調査から、以下の要望と対応の指針が明らかになりました。

- Point 1** 何か「心配ごと」を訴えられたとき

● 患者・家族の気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい

医師・看護師にできる工夫

  - 「…はたいへんですね、一緒に考えたいと思います」と伝え、看護師や相談室のスタッフなどと一緒に対応する。
  - 「何か力になれることがありますか」と医師から声をかける。
- Point 2** 何かの身体症状を訴えられたとき(化学療法の副作用を含む)

● 苦痛が最小限になるように努力してほしい

医師・看護師にできる工夫

  - 痛みなどの標準的な治療はマニュアルにしたがって行う。
  - 増量事例は、早めに緩和ケアチームへ紹介する。
  - 化学療法の副作用も「何か対応を考えてくれた」と思えるように対応する。
- Point 3** 「何かできることはありませんか」といわれたとき

● 生きる希望を支えてほしい

医師・看護師にできる工夫

  - 抗がん治療を行わないことは、「何もしないこと」ではないので、「何もできません」とは言わない。「できること」(達成可能な今後の目標)の言葉を選ぶ。
  - 代替療法については、「大切な生きる希望」になっていることがあるので、「する・しない」ではなく、個別に相談にする。
- Point 4** 終末期のがん患者さんを担当したとき

● 患者・家族が「後悔しない」(思いどおしいやめてほしいことができる)ようにしてほしい

● 患者が希望する場所で過ごせるようにしてほしい

医師・看護師にできる工夫

  - 患者さんご家族との相談には、看護師の役割を依頼する。
  - 「ご家族が思いよりも悪化の悪化が早く来ること」を早めに説明して、予測される予後伝える。「家族として何をしておきたいか」をたずねる。
  - 状態が悪くなってから医療用医薬品、鎮静薬を使用するときは会話が増える可能性を説明する。

医師・看護師にできる工夫

  - 患者さんご家族に、早めに今後の希望する療養場所をさぐ。
  - 医学的に「できる・できない」ではなく、「患者さんご家族が自宅で過ごすことを希望しているか」を基準にして、在宅希望があれば、遠隔支援部署に早めに連絡する。
  - ホスピスに悪いイメージをもつ患者さんご家族には、専門の相談員を紹介する。
- Point 5** 医療用医薬品を処方するとき

● 医療用医薬品についての不安をやわらげてほしい

医師・看護師にできる工夫

  - 状態悪化の原因を伝え、「医療用医薬品のために状態が悪化しているのではないこと」をはっきりと説明する。
  - 「医療用医薬品が生命予後を短くするわけではないこと」をはっきりと伝える。

### V 患者さん・ご家族の声

患者は、いろいろなことを考え、悩んでいます。なぜ自分が病気になったのかと、原因を考えます。薬などの治療に加え、心のケアがとても大切だと思います。一番よかったことは、主治医の先生と相談ができたことです。夫のことや母のことなど、いろいろな問題を一緒に考えてくださいました。先生が私の主治医でよかった。本当に感謝しています。がんという病気の治療の他に、精神的なケアが一番の薬です。がんが治らないと分かってから、気持ちを整理してもらえたことが何よりの助けになりました。

抗がん剤治療を受けていたとき、副作用でとてもつらい思いをしました。吐き気が強く、ほとんど何も食べられませんでした。子どもたちのために食事をつくることもできず、夫にも苦労をかけました。病気の治療だけではなく、副作用に關しての対処法がたくさんあるといいなと思いました。地域でのサポートがそういうところにもあるととても助かります。

医師から悲観的な態度で診察されると、とても不安になります。統計は単なる統計であって、すべての患者に当てはまるわけではないはず。よくならないという患者の気持ちに沿っていただきたいです。代替療法に対する理解も、サプリメントなども提供されているように感じます。患者の希望を否定せず、相談ののってほしいと思います。

「もう治療がありません」と言っただけで、先生は黙って下を向かれました。私たちに申し訳ない気持ちでいらしたのだと思います。その後、夫と一緒に家に帰ることを決めました。家に帰ってあると、診療所の先生や看護師さんたちが、とてもよくしてくださりました。こんないい時間をもてたら、早く家に帰ればよかったと思いました。病院の先生方、とても感謝しています。治療がないことは、先生の責任ではありません。むしろ、どんな選択肢があるかを早めに教えてもらえると、患者・家族はいろいろ考えられると思います。

父の意思がある時に、少しでも苦痛があれば薬を増やすことを本人に確認してくださいました。ただ、父も家族もつらさをやわらげることを望んだとはいえ、薬をどんどん使用することイコール死期を早めていくと思っても不安になりました。薬を使っても寿命が短くなるわけではないことをきけると安心できたと思います。

夫が先生を信頼していたので、家族は安心して話げられました。先生や看護師さんが、いつも時間をかけて接してくださったことが、とてもありがたかったです。また、直接私だけの気持ちを聞いてくださったことがよくありました。「努力していることを察してくれている」と気持ちが楽になります。



先生が本人に希望を聞いてくださいました。父は「1日だけでいいから家に帰りたい」と言いました。そして、みなさんがいるような準備をしてくださり、父を家に連れて帰ることができました。感謝の気持ちでいっぱいです。

病院でなければいい医療は受けられないと思っていました。「まだ動けるうちにいい時間を」と言われたときは、とてもショックでした。「何かあったら病院に来ていいよ」と背中を押してくれました。痛みが一つ心配だったのですが、家に帰っても住診してくれる先生がしっかりみてくれるからと言っていただいて、家に帰る決心をしました。家に帰っても病院と同じように痛みの治療ができると言ってもらえたことも、とても安心でした。遠征して住診をしてくださる先生や訪問看護師さんたちにお世話になりました。先生がおっしゃったように、少しずつ助けになりました。あの時に帰って、本当によかったと思っています。

ホスピスは「ただ死に向かっていく場所」というイメージが、ホスピスへ行くと違っていました。もっと早くホスピスに移っていたら、夫と一緒に穏やかな時間を過ごすことができたのではないかと思います。ホスピスが本人にとって悪いところではないことを一般医の先生が説明してくださったと思います。

病院の先生から治療が難しくなってきたというお話がありました。担当の看護師さんが、これからどうしたいか聞いてくれました。誰に相談していいかわからない状況でしたので、本当にありがたかったです。父は住み慣れた家に帰りたいと言っていました。点滴をしているし、何も入っていないので、無難だと思っていました。でも、看護師さんが「家で過ごせますよ」と言ってくださいました。病院と同じように、先生にみていただくことができることを聞きました。困ったときには、先生や訪問の看護師さんに相談することも教えてくださいました。入院中に、診療所の先生と訪問看護師さんが来てくださいました。診療所の先生は、「主治医の先生からしっかり引き継ぎましたので、安心して下さい」と言ってくださいました。父は希望した家で2週間過ごすことができました。本当に感謝しています。

私の母が亡くなる2日前に、先生からお別れの時が近づいているというお話がありました。私は、母が死んでしまうことが信じられませんでした。胸がざわざわしました。でも、母が亡くなる直前に、先生が説明されたように涙が強く呼吸(注:下呼吸)になっていたことに気づきました。急いでかけつけて、母に最後の話をしました。気づいていなかった妹にも気づかせることができ、母の心を最後にも満たすことができました。それは、「お母さんが寝なくても、目が見えなくても、ご家族の声はちゃんと聞こえていますよ」という先生や看護師さんのアドバイスのおかげでした。本当にありがとうございました。

\*自由な話し、話題が特定されておらず、一部を編集して掲載のアンケートから再構成しています。

## 資料9 「患者・遺族調査に基づくコミュニケーションを鍛えるセミナー」

### ①事例設定・②グループワーク ファシリテーターマニュアル・③コミュニケーションのデモンストレーションのシナリオ



2010 OPTIM 春の集中セミナー

「患者さん・ご遺族の声に基づいた がん患者・家族とのコミュニケーションを鍛えるセミナー」

#### ① 事例設定

##### 【事例】

Aさん、58歳、男性。自営業（不動産業）

病名：肺がん（腺がん）、多発骨転移

経過：200X年、検診で異常陰影を指摘され、受診。精査の結果、肺がんと診断された。同時に、多発骨転移も認められた。診断後、2年間化学療法を受けるがPD（progressive disease：進行）。200X+2年、痛みのためにMSコンチン（モルヒネ製剤）20mg/日内服中であり、副作用の出現はない。徐々に、体動時の息切れと咳がみられるようになった。現在、外来通院中である。

Aさんは、なんとか歩行はできているものの、体動時の呼吸困難が出現してきている。主治医からAさんと妻、長男に1度面談が行われ、「肺がんが進行していて、化学療法も難しい状況になっています」と説明された。また、家族には、「急激に悪くなってきています。いつ何があってもおかしくない状態です。余命は1~2ヶ月と考えられます」と説明された。Aさんは「どうしてこんなふうになってしまったんだろう。先のことは考えられない」と話している。妻は、「夫とはずっと一緒に生きてきたんです。一生懸命、民間療法も続けているし、よくなってほしい」と涙ぐみながら話している。予後は2~6週と考えられ、急速な状況の変化も予測される。Aさんは、治療の選択等について、全て自分で決めてきた。

家族構成：Aさんと妻（50歳 無職）、長男夫婦（長男28歳 会社員、嫁25歳 会社員）との4人暮らし。

病状認識（Aさん）：病気が進んでいるために息苦しさが強くなってきていると理解しながらも、「よくなりたい」と思っている。できるだけ病気と闘いながら、家族と一緒に過ごしていきたいと考えてきた。

病状認識（妻）：病気が進んでいると聞いていたが、こんなに急に悪くなるとは思っていなかった。本人の苦痛が強くなってきていると感じている。「とにかく生きていてほしい。よくなってほしい」と思っている。実兄を肺がんで亡くした体験をもつ。

病状認識（長男）：本人、妻とともに、医師からの説明を聞いてきた。長男は、一日でも長く生きてほしい思いはあるが、限界があることも理解している。母親に「親父に生きていてほしいというお母さんの気持ちも分かるけど、もし亡くなるとしたら親父も言い残したいことがあるだろう」と話している。長男はAさんから仕事の引き継ぎをしっかりとやりたいと聞いてきた。

病状認識（長男の嫁）：急に悪くなっていると感じており、苦しませたくないと考えている。

##### 【グループワークで検討する内容】

グループワークでは、Aさんご家族が“気持ちをわかってもらえた”と思えるための具体的なコミュニケーションを意識して考えてみてください。

- 妻、長男、本人はどんな気持ちでしょうか？
- Aさんご家族が「よくなりたい・よくなってほしいという希望も失わず」に、かつ、「心残りが無いと思える」ために、具体的にどんなふうに関わり、話をしていきますか？

\* 本事例は、事例検討用に作成したものであり、事実とは異なります。

(事例、1ヶ月後)

Aさんは、徐々に呼吸困難が増強し、ベッド上での体動もつらい状況となってきた。モルヒネ製剤の定期的な内服と頓用（レスキュー）の使用、および、看護ケアの工夫で対応しているが、Aさんは「ベッド上で少し動いただけでも苦しくなっている」と話している。また、内服もたいへんな状況になっている。呼吸困難をやわらげるためにはウトウトする方法（セデーション＝鎮静）も選択肢に入る状態である。妻は、「実兄が最後にモルヒネの注射を使った後から、話せなくなり、1日で亡くなってしまった」と考えており、薬に対する抵抗感がある。

【グループワークで検討する内容】

- c) 「苦痛をやわらげ、かつ、モルヒネのせいで状態が悪化したと誤解しない」ために何をしたらよいか？
- c-1: 「苦痛をやわらげること」と「意識を保つこと」のバランスについての目標設定について相談するとき
- ・ 本人と何を話しますか？
  - ・ 妻、長男と何を話しますか？
- c-2: ご家族が「麻薬を増やすことで寿命が縮まることはありませんか」と尋ねてきたときに、どのような対応をしますか？
- d) a)、b)、c)を通じて「気持ちをわかってもらえた」と思えるために何が大切でしょうか？

\* 本事例は、事例検討用に作成したものであり、事実とは異なります。

2010 OPTIM 春のセミナー

②グループワーク ファシリテーターマニュアル

【学習目標】

グループワークにより、以下のことが分かる

- ① 患者・家族が「気持ちをわかってもらえた」と思える関わり方
- ② 「生きる希望をもちながら」かつ「心のこりもない」と思えるためのサポート
- ③ 「苦痛をやわらげ」かつ「医療用麻薬についての誤解もない」ためのサポート

時間	内容	進め方・ファシリテーターの留意点
14:00-14:05	イントロダクション	
14:05-14:20	レクチャー（山本）	
14:20-14:30	グループワークの説明 事例提示（石田）	* グループワークで話し合うポイントを伝える (学習目標①②③をパワーポイントで示す) 事例 P1 配布
14:30-	グループワーク開始	・ 名札を見える位置まであげてもらおう ・ 各自 10 秒ずつ自己紹介（所属、職種、名前） ・ グループで司会・書記・発表者を決める ・ 事例の P1 を各自読む
14:40	設問 a についてのグループ ワーク	・ 設問 a を司会が読み上げる ・ 各自ふせんに自分の考えを書く（5 分） ・ 模造紙にふせんを並べながらディスカッション
15:00	設問 b についてのグループ ワーク	・ 設問 b について各自ふせんに自分の考えを書く（5 分） ・ 模造紙にふせんを並べながらディスカッション ・ 設問 b についてディスカッション * ポイント 具体的なコミュニケーションが出てくるようにファシリテートする 例：「生きていてほしい、よくなってほしい」と思っている奥さんにどんなふうに声をかけていきますか？ 例：「よくなりたい」と思っている患者さんに、いつもどんなふうに声をかけられていますか？ 例：奥さんが「希望ももちながら、してあげたいこともできた」と思えるためにどう関わっていきますか？
15:20	（終了 10 分前に全体のファシリテーターが声をかける）	例：A さんが「わかってもらえた」と思えるためには、どんなふうに関わっていったらいいでしょうか？
15:30	前半終了	

15:30-15:40	休憩	
15:40-	後半開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各グループのファシリテーターがP2を配布、紹介（グループの進行にあわせるため）</li> <li>・司会が設問C-1を読み上げる</li> <li>・設問C-1について各自ふせんに自分の考えを書く（5分）</li> <li>・模造紙にふせんを並べながらディスカッション</li> <li>*「わかってもらえた」「一緒に考えてもらえた」と思えるためのコミュニケーションが出てくるようにファシリテートする</li> </ul> <p>例：Aさんにどんなふうに声をかけていきますか？</p> <p>例：奥さんにどんな声かけをして話をしていきますか？</p> <p>例：こんな状況の時、いつもどんなふうにご家族に関わっていますか？</p>
16:00		<ul style="list-style-type: none"> <li>・司会が設問C-2を読み上げる</li> <li>*在宅 or 病院でセッティング（グループメンバーみて多い方で、どちらでもよい）</li> <li>・設問C-2について各自ふせんに自分の考えを書く（5分）</li> <li>・模造紙にふせんを並べながらディスカッション</li> <li>*「モルヒネで寿命が縮まる」という意見が出た場合には、講義資料、冊子（がん患者さん・ご家族の声 P10-11）を使用しながらファシリテーターが補足説明をする</li> </ul>
16:20	（終了10分前に全体のファシリテーターが声をかける）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設問dについて各自ふせんに自分の考えを書く（5分）</li> <li>・模造紙にふせんを並べながらディスカッション</li> </ul>
16:30	後半終了	
16:30-16:40	まとめのレクチャー	<p>2グループに意見を聞き、あとは全体に問いかけながらインタラクティブに</p> <p>*ファシリテーターは、まとめのプリントを配布する</p>
16:40-17:00	コミュニケーションのデモンストレーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Aさんと医師・看護師の場面（b）</li> <li>*妻、長男と医師・看護師の場面（c）</li> </ul>
17:00	アンケート記入 終了	*ファシリテーターのふりかえり（30分）

③コミュニケーションのデモンストレーションのシナリオ

【留意点】

- ・スキルのみにとらわれず、援助的コミュニケーションを意識する
- ・デモンストレーションは一例であることを伝える

1. Aさんと医師・看護師が話をする場面	
＜設問bの場面＞（部屋）	
<p>ポイント（参考：冊子P7）</p> <p>* 「よくなりたい」と思っているAさんの気持ちを否定せず、本人の気持ちが話せるように“聴く”“メッセージを捉える”</p> <p>1. 時間、場所、タイミングへの配慮</p> <p>2. Aさんの認識をきく</p> <p>3. 一番心配していることをきく</p> <p>4. Aさんの希望を支え「できること」を共有し、最大限の努力をすることを保証する</p>	<p>① Aさんが椅子に座っているところへ、医師と看護師が訪室する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あとのフォローアップができやすいように、夕方ではなく午前中がよい、なるべく週末ではない方がよい等、患者に合わせた細かい配慮</li> <li>・プライバシーの保てる場所、十分な時間、PHSを預けるなど</li> <li>・医師・看護師は、椅子に座って話をする</li> </ul> <p>② 医師：「どうですか」など開かれた質問</p> <p>③ Aさん：「動いた時に呼吸がつかなくなる」・・・ 「あまり調子がよくない・・・」ことを話す</p> <p>④ 医師：反復を行うなどして、メッセージを受け止めたことを伝える。先の面接から、Aさん・ご家族のことが心配だったことを伝える</p> <p>⑤ 「今、一番心配されていることは何ですか」等と問う</p> <p>⑥ Aさん：「よくなるといいな・・・」という思いを伝える</p> <p>⑦ 医師：Aさんへメッセージを受け止めたことを返す。さらに、「少しでもよくなるようにと考えていること」を伝える</p> <p>⑧ Aさん：これまで頑張ってきたプロセスについて語る（長めに）</p> <p>⑨ 医師：希望、困っていること、相談しておきたいことをたずねる 「今、もう少しここがこうなればいいなと思っていらっしゃるところがあれば教えていただけますか」等と問う</p> <p>⑩ Aさん：「こんなふうになれば」との希望について話す。また、「朝起きてトイレに行こうとしたら苦しくて。何かできることがあれば」と話す</p>

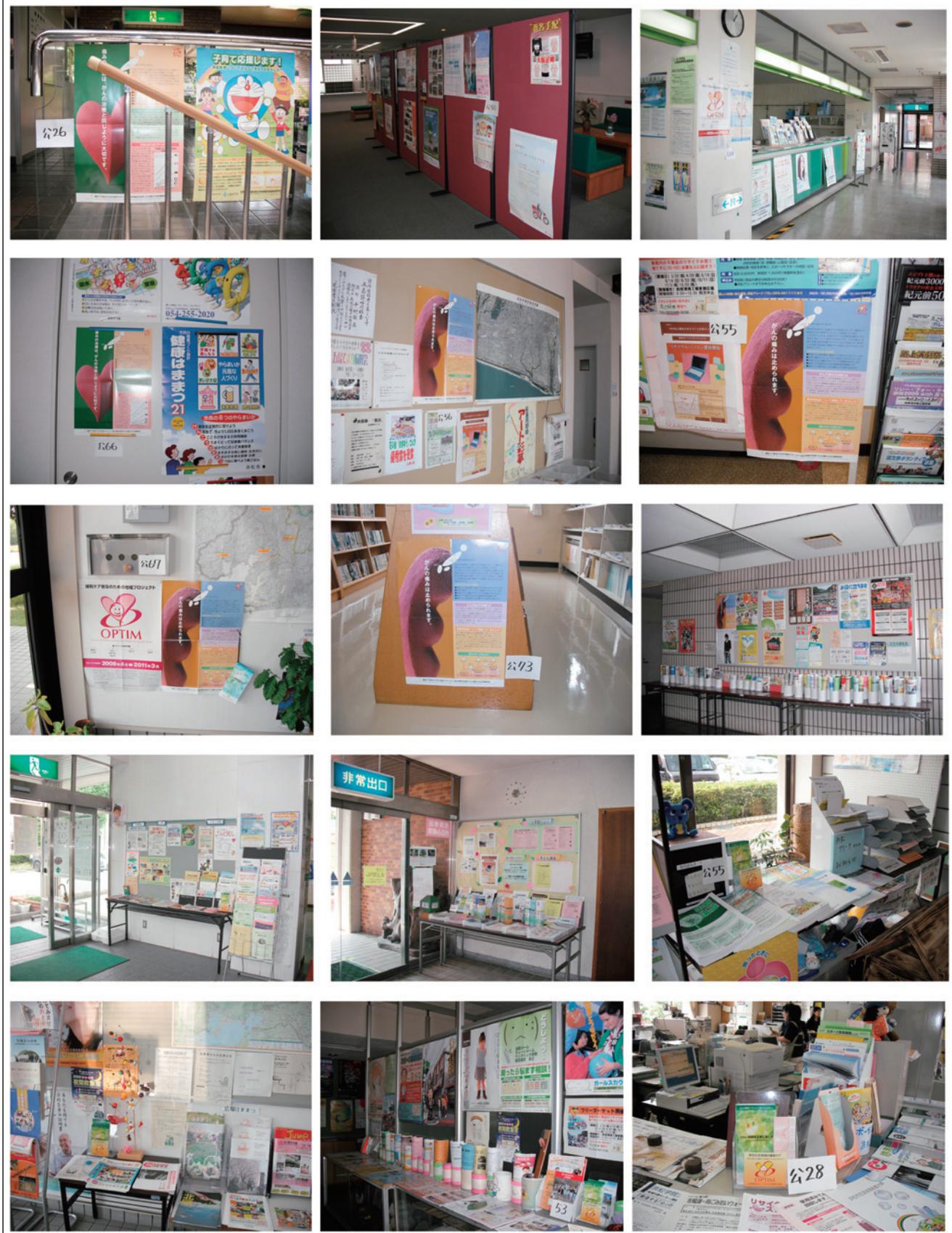
<p>5. 「もし、・・・ならば」または「先々よくない時のことも考えたことがありますか」などで問いかけてみる</p> <p>6. 反応をみながら話を続けても大丈夫そうであれば、「やっておきたいこと」を問いかける</p> <p>7. Aさんを支えているもの、希望について尋ねる</p> <p>8. 一緒に考えていくことを伝える</p>	<p>⑪ 医師：治療でできること（ステロイド、酸素など）寝る前に、手元にレスキューを置いておくこと等工夫できることを提示する</p> <p>⑫ 看護師：看護でできる工夫（本人が行っている工夫の支持、環境の整備など）について話し合う</p> <p>⑬ 医師：その他に相談しておきたいことを問う</p> <p>⑭ Aさん：その他は、特別なことを話す</p> <p>⑮ 医師：「もし・・・ならば」などで問いかけてみる</p> <p>⑯ Aさんの状況をみながら、続けても大丈夫そうなら「よくない時の場合のことも考えて、早目にやっておきたいことはありますか」等と問う</p> <p>⑰ Aさん：「仕事を早く息子に引き継がないといけないと思っている」ことを話す（ライフレビューを入れる）</p> <p>⑱ 医師：「ご家族とそういった話をされたことはありますか」と問いかける</p> <p>⑲ Aさん：「まだ妻には話していない」ことを伝える</p> <p>⑳ 医師または看護師：今後、家族と一緒に話し合う場をつくれること、今後も共に考えていくことを話す</p> <p>㉑ 看護師：「いま、Aさんが大切だと考えていること、困難な状況のなかでも、支えになっているものは何か」と問いかける</p> <p>㉒ Aさん：「よくなりたいたいという気持ちと、家族への感謝かな」など話す。さらに、「家族に負担をかけること、役割の喪失に由来する精神的苦悩」などについて語る</p> <p>㉓ 看護師：Aさんの気持ちを受け止め、フィードバックする ・・・</p> <p>㉔ 看護師：「できることを一緒に考えていきましょう」と伝えるなど</p>
--	--

2. 家族（妻、長男）と医師・看護師が話をする場面	
設問 C の場面 面談室での対話	
<p>ポイント（参考：冊子 P10-11）</p> <p>* 家族の気持ちに配慮し、一緒に考える姿勢で臨む“聴く”“共に考える”</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 話し合いの目的を伝える</li> <li>2. 家族の認識を確認する</li> <li>3. 家族の心配・不安を確認し、対応する</li> <li>4. 現状と今後の見通しについての説明、目標設定（苦痛を緩和することと意識を保つことのバランス）について相談する</li> <li>5. 家族のモルヒネについての不安、誤解をやわらげる （モルヒネで寿命は縮まないことを説明する）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 面談までの準備（患者・家族との話し合い、認識やニーズの把握など）、面談設定の際に配慮するポイント（妻と長男と一緒に話し合う場をもつ等）を入れる</li> <li>② 医師または看護師：本日の話し合いの目的を最初に話す「これからの過ごし方について話し合うために集まっていたいだいた」旨を伝える</li> <li>③ 医師：「見ていてどうですか」等と開かれた質問で問いかける</li> <li>④ 妻：「何とかならないですか」「もう少しよくなる方法はありませんか」など</li> <li>⑤ 長男：ずいぶん状況が悪くなってきていると感じていることを話す「何かできますか」など</li> <li>⑥ 医師：現状、今後の見通しについて説明する、薬を調整したりしながら、最大限の工夫を行っていることを話す</li> <li>⑦ 看護師：看護でおこなっている工夫についても話す</li> <li>⑧ 医師：今後の目標（苦痛を緩和することと意識を保つことのバランス）について相談したい旨を伝える。モルヒネを増やしたり、注射に変更する選択肢についてふれる</li> <li>⑨ 妻：「モルヒネの注射ですか」「それって終わりってことですか」などととき</li> <li>⑩ 医師：なぜそう思うのか理由をきく（これまでの近親者の体験などを尋ねる）</li> <li>⑪ 妻：実兄を看取った際の体験（モルヒネの注射を使用した後から、話せなくなり、1日で亡くなってしまった。モルヒネのためと思っている）について話す</li> <li>⑫ 医師：妻の不安を受け止め、そのうえで、これまでモルヒネを内服していて、問題は生じなかったことも含め、モルヒネで寿命は縮まらないことをはっきりと説明する</li> <li>⑬ 妻：（医師の説明に対して）了解したことを話す「（兄が亡くなったのは）モルヒネのせいではなかったのですね」など</li> </ol>

<p>6. 家族としての希望・やってあげたいことを問いかける</p>	<p>⑭ 医師：今後の見通し、予測される予後を説明し、モルヒネを増やすことなどにより、苦痛は緩和されるがコミュニケーションが難しくなる可能性があることを説明する。そのうえで、家族としてやってあげたいこと、話しておきたいこと、会わせてあげたいひとについて確認する 「ご家族がこうしてあげたい、こんなふうに見てさしあげたいと思っていらっしゃることはありますか」</p> <p>⑮ 長男：「ずっと頑張ってきたひとなので、父親がどうしたいかを尊重したいこと」を話す。また、「仕事のことを一番心配していたので、きちんとやっていくことを伝えておきたい」ことを話す</p>
<p>7. 本日の面談の内容をサマライズする</p>	<p>⑯ 看護師：仕事の引き継ぎについて、本人からも思いを聞いていることなどを話す</p> <p>⑰ 医師：話し合った内容をまとめて伝え、今後について話す</p>
<p>8. 面談後、看護師がフォローアップする</p>	<p>⑱ 面談終了後の妻へのサポート、チームとしての共有などについて入れる</p>

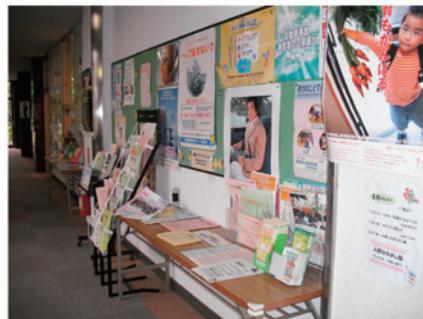
# 資料 10 リーフレット・冊子・ポスターの設置状態

(1) 公民館・自治センター・文化センター





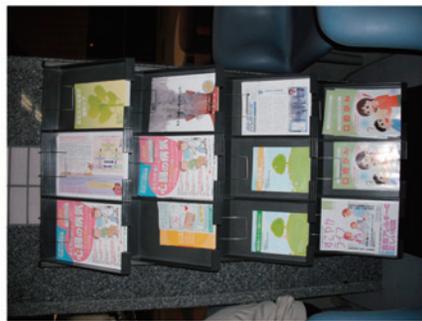
(2) 市役所・保健所・区役所



(3) 図書館



(4) 病院



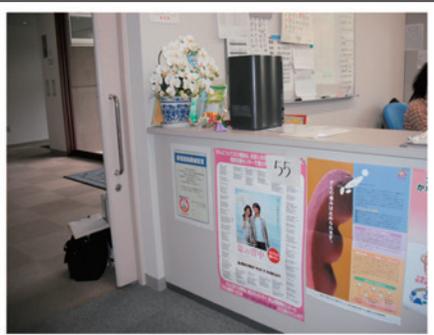
(5) 診療所





(6) 訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所

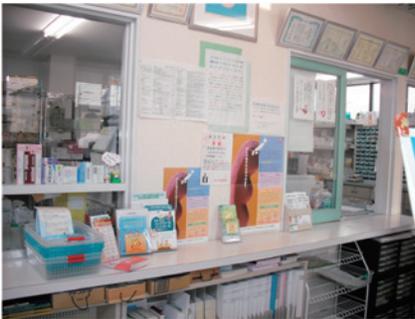




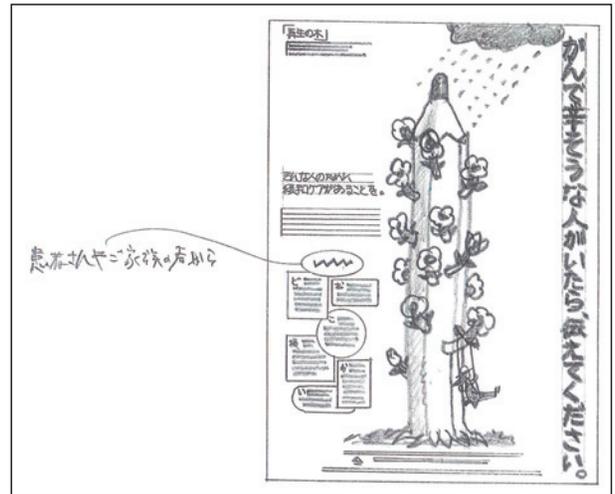
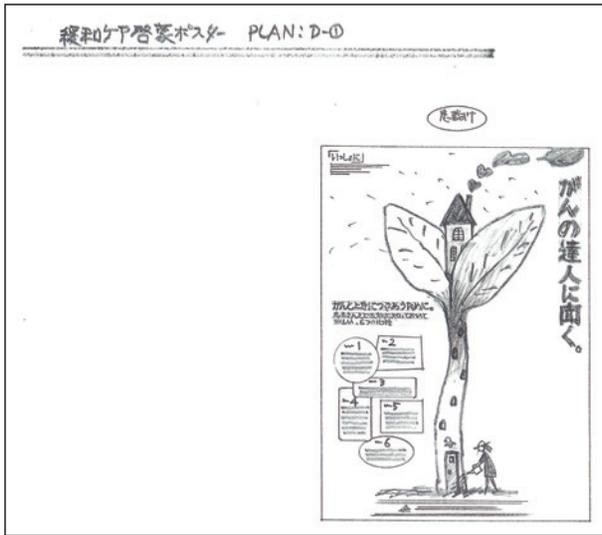
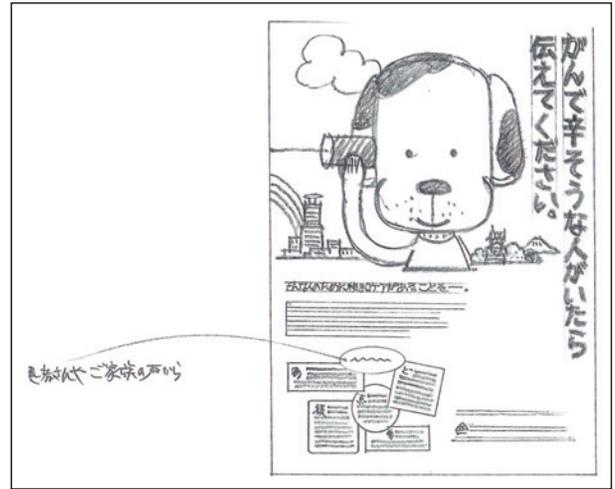
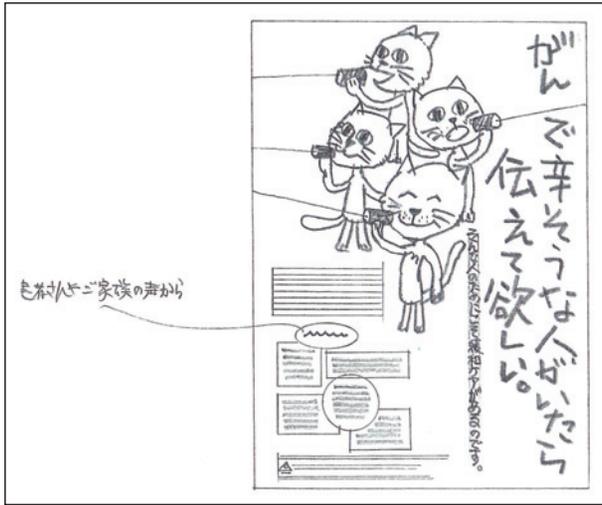
(7) 地域包括支援センター



(8) 保険薬局







**資料 13** 市民公開講座で使用されたアンケート

**市民公開講座「がんと向き合う 地域で支える」アンケート**

本日はご来場いただき、誠にありがとうございました。今後の活動の参考資料にしたいと思いますので、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。  
各項目につきまして、あてはまる番号に○をおつけください。

問 1. 今回の「市民公開講座」をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

- |                  |           |           |       |
|------------------|-----------|-----------|-------|
| 1. ホスター          | 2. チラシ    | 3. ホームページ | 4. 新聞 |
| 5. 無料配布の雑誌・冊子・新聞 | 6. その他（ ） |           |       |

問 2. 市民公開講座全体の時間についていかがでしたか？

- |             |         |         |
|-------------|---------|---------|
| 1. ちょうど良かった | 2. 長かった | 3. 短かった |
|-------------|---------|---------|

問 3. 市民公開講座の内容は、緩和ケアを知ることに関に立ちましたか？

- |             |          |                |             |
|-------------|----------|----------------|-------------|
| 1. とても役に立った | 2. 役に立った | 3. あまり役に立たなかった | 4. 役に立たなかった |
|-------------|----------|----------------|-------------|

問 4. ホスピス・緩和ケアについてのあなたのイメージについておうかがいします。講演会前と講演会後のイメージについて、もっともあてはまるものを一つずつお選びください。

	講演会前			講演会后		
	いなか かった	そう 思っ て	そう 思っ て いた	そ う 思 わ な い	そ う 思 う	と て も そ う 思 う
○がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う	1	2	3	1	2	3
○がんであっても、安心して自宅で療養できる……………	1	2	3	1	2	3
○ホスピスは「末期」だけではなく、在宅療養を支える役割もある	1	2	3	1	2	3
○モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になったり命を縮める……	1	2	3	1	2	3
○緩和ケアは、化学療法や放射線治療など、 がん治療を受けている人にも提供される……………	1	2	3	1	2	3

問 5. 浜松で「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が行われているのはご存知でしたか？

- |          |                           |           |
|----------|---------------------------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 聞いたこと・見たことはあるがよく知らなかった | 3. 知らなかった |
|----------|---------------------------|-----------|

※裏面もご記入ください

問 6. あなたご自身についてお聞きします。

○性別 …………… 1. 男性 2. 女性

○年齢 …………… 歳

問 7. あなたはどのような立場からご参加いただきましたか？

1. 市民のひとりとして 2. 患者さんとして 3. 患者さんのご家族として  
4. 医療福祉関係者として（職種： ） 5. その他（ ）

問 8. 今後、がんに関する市民公開講座ではどのようなテーマの講演をご希望ですか？（複数回答可）

1. がん治療 2. 緩和ケア 3. 在宅療養 4. こころのケア 5. その他（ ）

問 9. 今回の「市民公開講座」に参加された動機はどのようなものですか？ご自由にご記入ください。

.....

問 10. ご意見ご感想などありましたら、ご自由にご記入ください。

.....

ご協力ありがとうございました

緩和ケア普及のための地域プロジェクト



浜松では地域全体でがんになっても安心して過せるまちづくりを目指しています

## 資料 14 2010 年度市民公開講座のプレスリリース

## プレスリリース



緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
 (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

2010 年 6 月 11 日

報道機関各位

緩和ケア普及のための地域プロジェクト 浜松地域担当 ●●●●●  
 (●●●●●病院●●●●●科)

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

## 市民公開講座「がんと向き合う 地域で支える」開催 (7 月 18 日)

(山崎章郎 ケアタウン小平クリニック院長、日本ホスピス緩和ケア協会理事長)

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究) \*では、7 月 18 日 (日) に市民公開講座「がんと向き合う 地域で支える」を以下の通り開催します。

現在、がんは日本人の 2 人に 1 人が一生涯のうちに体験する病気です。多くの市民の皆様はがんのイメージとして、いたみなどのつらさをイメージするかと思います。そんな方々に、からだところのいたみをやわらげる緩和ケアがあることを知ってもらいたいと思い、緩和ケアの普及啓発を目的とした市民公開講座を企画しました。この市民公開講座には、日本の緩和ケアのオピニオンリーダーのひとりであり、ベストセラー「病院で死ぬということ」の著者である山崎章郎が講演者として登壇します。

是非、イベント欄等への掲載および取材をお願いいたします。

※平成 20 年 4 月より、浜松ではがんになっても安心して過ごせるまちづくりを目指しています。詳しくはホームページをご参照ください (<http://gankanwa.jp/>)。

### 1. 開催概要

日 時： 2010 年 (平成 22 年) 7 月 18 日 (日) 15 時 30 分～17 時 00 分 (開場 15 時 00 分)

会 場： アクトシティ浜松 コンgressセンター31 会議室

講 演 者： 山崎章郎 (ケアタウン小平クリニック院長、日本ホスピス緩和ケア協会理事長)

演 題： 「がんと向き合う 地域で支える」

主 催： 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

共 催： 聖隷クリストファー大学保健福祉実践開発研究センター

後 援： 浜松市、日本ホスピス緩和ケア協会

参加対象： 一般市民の方々 (医療福祉関係者の方もご来場ください)

参加費： 無料

参加申込： インターネット、FAX による事前申込制 (別紙)

## 2. 講師プロフィール

山崎章郎 (やまざきふみお)

### 経歴・役職等：

1947年福島県生まれ。1975年千葉大学医学部卒業、同大学病院第一外科、1984年より千葉県八日市場市（現匝瑳市）市民病院消化器科医長、1991年より聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科部長を経て、2005年より在宅診療専門診療所 ケアタウン小平クリニック院長。他に日本ホスピス緩和ケア協会理事長。

### 主な著書

- 「病院で死ぬということ 正・続」(文春文庫)
- 「河邊家のホスピス絵日記」(共著、東京書籍)
- 「僕のホスピス 1200日」(文春文庫)
- 「新ホスピス宣言」(共著、雲母書房)

---

### 本件についての問い合わせ

●●●●●病院内 OPTIM 浜松事務局 担当：●●

TEL. \*\*\*-\*\*\*-\*\*\* (内線\*\*\*\*) FAX \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail \*\*\*\*\*@\*\*\*.\*\*\*\*\*.\*\*\*

〒\*\*\*-\*\*\* ●●県●●市●●区●●●●町\*\*\*

資料 15 プロジェクト開始を伝える新聞報道など

**特集② 緩和ケア普及のための地域プロジェクト開始**

**緩和ケア普及のための地域プロジェクト**



**OPTIM**  
Outreach Palliative Care Trial of Integrated regional Model

2008年4月〜2011年3月

**特集② は地域緩和ケアプロジェクトがはじまります**

聖隷三方原病院 緩和ケア科 森田 達也  
聖隷三方原病院 緩和ケア科 赤澤 雅和

「緩和ケアとは、？」  
緩和ケアとは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

「緩和ケアとがん」  
緩和ケアは、がん患者さんやご家族の苦しみを和らげるための医療行為です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

「緩和ケアが計画された背景」  
緩和ケアは、がん患者さんやご家族の苦しみを和らげるための医療行為です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

中日新聞

2008年(平成20年)1月11日(金曜日)

**がん緩和ケア**

**浜松などでモデル研究**

か08年度から治療法を標準化

「緩和ケア医療普及へ」  
地域の病院診療所が連携

「緩和ケア」とは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

「緩和ケアとがん」  
緩和ケアは、がん患者さんやご家族の苦しみを和らげるための医療行為です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

「緩和ケアが計画された背景」  
緩和ケアは、がん患者さんやご家族の苦しみを和らげるための医療行為です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

**地域に支え手 育成を**

「がんの緩和ケア」  
緩和ケアは、がん患者さんやご家族の苦しみを和らげるための医療行為です。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

**退院求められ 行き先に悩む**

緩和ケアとは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

**4県でモデル研究**

「緩和ケア」とは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

**開業医の研修必須**

「緩和ケア」とは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

「聖隷」

毎日新聞

**緩和ケア普及のための地域プロジェクトがはじまります**

2008年4月より3年間、浜松市を主とする4つの地域において「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が実施されます。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

「みどりの通信」

「緩和ケア」とは、がんやその他の重篤な病気や高齢者や子どもが、死を目前に控えているときに、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することを目的として行われる医療行為です。

朝日新聞

**緩和ケアのための地域プロジェクト(OPTIM)の紹介**

聖隷三方原病院 緩和ケア科 森田 達也

「緩和ケア」というのは、「患者さん・ご家族のからだごころ両方の苦しみを和らげる医療」のことです。まず患者さん・ご家族の心配されていることをしっかりお話しして、それに応じて、薬物療法・医学的処置・様々なサービスの利用・こころの負担が少しでも軽くなるよう専門家と相談などをチームで行っていきます。

重要なことは、緩和ケアは「病気が進んでいるから」受けるものではなく、病気がどういった段階であったとしても、何か苦しいところ、つらいところがあれば、がんに対する治療を受けながら、苦痛を一緒に和らげるということです。

浜松市では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)が行われています。

これは、ひとごとという、浜松地域全体で、「がんになっても、苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して行われます。浜松市には聖隷ホスピスが年間200名程度の患者さんを診察させていただいていますが、浜松市内で1年間にごなされる患者さんは約2,000名で10%にすぎません。浜松市全体で緩和ケアを敷いていくことが求められています。

プロジェクトでは、浜松市全体のごとでも、「苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して、

- ① 緩和ケアの専門家としての知識や技術を医師・看護師・薬剤師が学ぶセミナーの開催、
- ② 地域の診療所、病院、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、地域包括センターなどがお互いに連携がとれるためのカンファレンスの開催、
- ③ 市民対象の冊子や講演会の開催、
- ④ 地域に相談できる専門の窓口の設置、

をしています。

浜松市の主な図書館には「緩和ケアを知る100冊」と緩和ケアについての冊子が設置される予定です。プロジェクトの状況は随時ホームページ (<http://www.gankanwa.jp>) に報告されます。ぜひ、お日通しのご協力をお願いします。

「聖隷ホスピス」

**がん緩和ケア普及のための地域プロジェクト**

「緩和ケア」というのは、「患者さん・ご家族のからだごころ両方の苦しみを和らげる医療」のことです。まず患者さん・ご家族の心配されていることをしっかりお話しして、それに応じて、薬物療法・医学的処置・様々なサービスの利用・こころの負担が少しでも軽くなるよう専門家と相談などをチームで行っていきます。

重要なことは、緩和ケアは「病気が進んでいるから」受けるものではなく、病気がどういった段階であったとしても、何か苦しいところ、つらいところがあれば、がんに対する治療を受けながら、苦痛を一緒に和らげるということです。

浜松市では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)が行われています。

これは、ひとごとという、浜松地域全体で、「がんになっても、苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して行われます。浜松市には聖隷ホスピスが年間200名程度の患者さんを診察させていただいていますが、浜松市内で1年間にごなされる患者さんは約2,000名で10%にすぎません。浜松市全体で緩和ケアを敷いていくことが求められています。

プロジェクトでは、浜松市全体のごとでも、「苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して、

- ① 緩和ケアの専門家としての知識や技術を医師・看護師・薬剤師が学ぶセミナーの開催、
- ② 地域の診療所、病院、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、地域包括センターなどがお互いに連携がとれるためのカンファレンスの開催、
- ③ 市民対象の冊子や講演会の開催、
- ④ 地域に相談できる専門の窓口の設置、

をしています。

**緩和ケア普及のための地域プロジェクトがはじまります**

2008年4月より3年間、浜松市を主とする4つの地域において「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」が実施されます。緩和ケアは、がん治療と並行して行われることが多く、がん治療が完了した後も継続して行われます。

「議員レポート」

**がん・緩和ケア 聖隷三方原病院へ**

8月11日、大口衆議院議員と共に、聖隷三方原病院を訪問し、「がん・緩和ケア地域プロジェクト研究」について、病院長や医師等と意見交換しました。このプロジェクトでは、総合病院が中心となり地域と連携して、がん治療や緩和ケアをどのように進めていくかを研究します。聖隷三方原病院は日本で初めてホスピスを開設し、今回、厚生労働省から、全国4カ所の内の一つとして選ばれました。

医師からは、「公明党の提唱で一昨年『がん対策基本法』が成立し、がん拠点病院の整備や緩和ケア、がん予防や研究などがすすんでいる」、「浜松をがん緩和ケアの先進モデル地域にしたい」、「市民への情報提供や介護認定の運用改善など行政の協力が欲しい」、「市民の麻薬の認識と薬局での取り扱い」等について意見や要望がありました。

9月5日、浜松市保健所に聖隷三方原病院から医師や看護師等約15名を招き、浜松市健康医療課と介護保険課、及び公明党市会議員4名とで会議を開き、今後の浜松市における、がん緩和の普及と推進について積極的な意見交換をしました。

◇がん緩和ケア地域プロジェクト◇

- ・ホームページ <http://www.gankanwa.jp/>
- ・拠点病院 ①聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター TEL439-9047
- ②東西部浜松医療センター 地域医療連携室 TEL451-2760
- ③浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター TEL435-2772
- ④聖隷浜松病院 がん相談支援センター TEL474-2222

「広報はままつ」

**がん緩和ケア普及のための地域プロジェクト**

「緩和ケア」というのは、「患者さん・ご家族のからだごころ両方の苦しみを和らげる医療」のことです。まず患者さん・ご家族の心配されていることをしっかりお話しして、それに応じて、薬物療法・医学的処置・様々なサービスの利用・こころの負担が少しでも軽くなるよう専門家と相談などをチームで行っていきます。

重要なことは、緩和ケアは「病気が進んでいるから」受けるものではなく、病気がどういった段階であったとしても、何か苦しいところ、つらいところがあれば、がんに対する治療を受けながら、苦痛を一緒に和らげるということです。

浜松市では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)が行われています。

これは、ひとごとという、浜松地域全体で、「がんになっても、苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して行われます。浜松市には聖隷ホスピスが年間200名程度の患者さんを診察させていただいていますが、浜松市内で1年間にごなされる患者さんは約2,000名で10%にすぎません。浜松市全体で緩和ケアを敷いていくことが求められています。

プロジェクトでは、浜松市全体のごとでも、「苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して、

- ① 緩和ケアの専門家としての知識や技術を医師・看護師・薬剤師が学ぶセミナーの開催、
- ② 地域の診療所、病院、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、地域包括センターなどがお互いに連携がとれるためのカンファレンスの開催、
- ③ 市民対象の冊子や講演会の開催、
- ④ 地域に相談できる専門の窓口の設置、

をしています。

**けんこう**

**がん緩和ケア普及のための地域プロジェクト**

厚生労働省研究班により実施される、がん患者の苦痛を和らげるための「緩和ケア」の地域モデル作り事業の対象に、浜松市が選ばれました。

健康医療課 ☎453・6178

平成20年度

相談窓口の開設、冊子の配布、図書の設定、講演会、緩和ケアの専門家と相談できる体制作り、医療従事者への講習会、プロジェクトの評価のためのアンケート調査など

厚生労働省研究費補助金「緩和ケア」プログラムによる地域介入研究「地域事務局 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター(北区三方原町) ☎436・1251」

※内容はホームページにもなれます。  
<http://gankanwa.jp>

「がん緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

「緩和ケア」というのは、「患者さん・ご家族のからだごころ両方の苦しみを和らげる医療」のことです。まず患者さん・ご家族の心配されていることをしっかりお話しして、それに応じて、薬物療法・医学的処置・様々なサービスの利用・こころの負担が少しでも軽くなるよう専門家と相談などをチームで行っていきます。

重要なことは、緩和ケアは「病気が進んでいるから」受けるものではなく、病気がどういった段階であったとしても、何か苦しいところ、つらいところがあれば、がんに対する治療を受けながら、苦痛を一緒に和らげるということです。

浜松市では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)が行われています。

これは、ひとごとという、浜松地域全体で、「がんになっても、苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して行われます。浜松市には聖隷ホスピスが年間200名程度の患者さんを診察させていただいていますが、浜松市内で1年間にごなされる患者さんは約2,000名で10%にすぎません。浜松市全体で緩和ケアを敷いていくことが求められています。

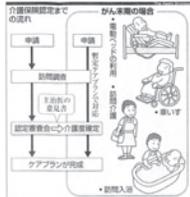
プロジェクトでは、浜松市全体のごとでも、「苦しくなく、望んだ場所で安心して療養できる」街づくりを目指して、

- ① 緩和ケアの専門家としての知識や技術を医師・看護師・薬剤師が学ぶセミナーの開催、
- ② 地域の診療所、病院、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、地域包括センターなどがお互いに連携がとれるためのカンファレンスの開催、
- ③ 市民対象の冊子や講演会の開催、
- ④ 地域に相談できる専門の窓口の設置、

をしています。

2010年 平成22年 7月7日 水曜日 13版

### 介護保険 末期がんにも



介護保険認定までの流れ

申請 → 申請書の提出 → 介護認定 → 認定書の交付

申請書提出後、介護認定審査会が審査を行います。認定後は、介護保険料を納付し、介護サービスを受けられます。

#### 末期がんも、働きかけ積極的に

介護保険を申請して認定されたら、介護サービスを受けられる。認定を受けるためには、介護認定審査会が審査を行います。認定後は、介護保険料を納付し、介護サービスを受けられます。

末期がん患者は、介護認定を受ける際に、認定審査会に「末期がん」として申請することができます。認定後は、介護保険料を納付し、介護サービスを受けられます。

#### 周知不足、認定スピード課題 「家に帰りたい」実現

末期がん患者の介護認定申請が、認定審査会に提出されてから、認定を受けるまで、約1ヶ月かかるという課題がある。認定審査会では、認定スピードを上げるために、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### ばらつく自治体対応

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

### 「付き合う」ケアを啓発

末期がん患者のケアについて、介護認定審査会では「付き合う」ケアを啓発している。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

### 「認知症」誤解も 本人・家族の苦痛除く

認知症の誤解を解き、本人と家族の苦痛を軽減するために、認定審査会では啓発活動を行っている。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### がんのつらさをやわげる 特区です

緩和ケアのための地域プロジェクト「がんのつらさをやわげる特区」が、認定審査会と連携して実施されている。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

中日新聞

#### 専門医師も協力 在宅療養患者を診療

浜松医師会が、在宅療養患者の診療に協力している。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### 「聖隷」 市民公開講座「安心できる！がんのおはなし」開催！！

聖隷三方原病院が、市民公開講座を開催している。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### 「緩和ケア」は病気が進んだ時だけのものではありません

緩和ケアは、病気が進んだ時だけのものではありません。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### 資料22-⑦ 三方原医療ネットワーク新聞

緩和ケアのための地域プロジェクトの紹介。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

#### 緩和ケアの現状と課題

緩和ケアの現状と課題について、認定審査会では啓発活動を行っている。認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。

認定審査会では、認定審査員を増員し、認定審査の効率化を図っている。認定審査員は、認定審査会に所属する医師や看護師、介護士などから選ばれる。認定審査員は、認定審査会に提出された申請書に基づき、認定を受けるかどうかを判断する。



## 第 2 回 浜松緩和ケア連携会議 ①スタッフマニュアル

- I. 開催日時  
平成 20 年 11 月 8 日(土) 14:00-16:00
- II. 場所  
〇〇病院 救急棟 3F 大ホール
- III. 目的  
地域単位での連携を深め、がん緩和ケアに関わる連携の課題と解決策を抽出する
- IV. 事前準備
1. 案内
    - OPTIM 参加・協力施設
      - \* 4 がん診療連携拠点病院は必須  
(緩和系, 連携系, 病棟・外来からそれぞれ参加を依頼する)
      - \* 公の案内に加え, 個別でも依頼する
    - 地域包括支援センター
    - 浜松市
    - 院内: 課長会でアナウンス  
個別に声かけ・・医師, 看護師 (課長と実務者), 薬剤師
    - 案内文: 9 月中旬発送
  2. 準備
    - ・ 会場の手配・設備確認・備品の確認, 大ホール音響の鍵の借用: 鈴木
    - ・ 総務課等へ連携会議が開催されることの周知: 鈴木
    - ・ 無料駐車券: 鈴木 (院外参加者+予備 10 名分)
    - ・ 名札 (名札にグループ番号, 当日参加の場合は受付でグループを決定): 鈴木
    - ・ お茶の準備: 鈴木
    - ・ プロジェクター 1 台, PC2 台, ポインター 1: 鈴木
    - ・ 受付資料 (出欠表 1 部・資料): 鈴木  
《資料》封筒に入れて渡す, 参加者+30 部用意  
プログラム  
資料(ハンドアウト)  
グループワーク用の付箋を貼った所定の用紙  
メモ用紙  
アンケート
    - ・ グループワーク用: 鈴木  
もそう紙各グループ 2 枚+ $\alpha$   
付箋 →大 (ピンク・青・黄) 各グループ 1 ずつ+ $\alpha$   
ボールペン予備 (参加者分程度)  
マジック (大) 青・赤 各グループ 1 本ずつ

- ・ 当日の案内フレートの準備（玄関，エレベーター横）：鈴木
- ・ グループ名表示のツール（机の上におくもの）：鈴木
- ・ 議事録シート（グループ数+ $\alpha$ ）参加者の記録とメモ：鈴木
- ・ アンケート回収用ボックス：鈴木
- ・ 名札回収ボックス：鈴木

#### V. 当日の役割分担

- ・ 司会・進行：山田
- ・ 会場案内 1 名：木村
- ・ 受付担当 5 名：〈 出欠確認，記帳簿への記載を依頼，資料配布，駐車券交換 〉  
青木，加藤，鈴木，アルバイト 2 名（最後のひとがくるまで 1 名は残しておく）
- ・ 全体のマネージメント：石田
- ・ ファシリテーター：各グループに 1 名ずつ  
1G:吉田，2G:今井，3G:佐々木，4G:井上，5G:野村，6G:青山，7G:藤村，8G:土井，9G:柳井  
10G:新村，11G:森本  
\*ファシリテーターは，グループメンバー全員が発言できるようにファシリテートする  
\*ファシリテーターは，グループメンバーがテーマに沿って話し合いを進められるように，必要  
なときには軌道修正をおこなう  
\*ファシリテーターは，時間をみながら，グループメンバーが話し合いを進められるように配慮  
する。終了 10 分前に一度声かけをおこなう
- ・ PC：佐藤
- ・ 照明・電気・カーテン：鈴木
- ・ 議事録：吉村
- ・ 写真：吉村
- ・ マイク：鈴木，大山
- \*机の配置はグループのかたちでいく（間で移動しないでいいように）
- \*メインスクリーン（スライド），サブスクリーン（施設紹介，お知らせ）

#### VI. タイムスケジュール

13:00	スタッフ集合
13:30	受付開始
14:00-14:05	イントロダクション *写真撮影について，いろいろな場面で使用させていただく可能性があること との了解をいただく
14:05-14:15	レクチャー ①:OPTIM 進捗 ②:浜松地域のがん緩和在宅医療の進捗
14:15-15:15	グループワーク
15:15-16:00	全体での共有とディスカッション
16:00	連絡，アンケート記入，閉会
16:00-16:30	片付け，ふりかえり

## 第2回 浜松緩和ケア連携会議 ②グループワークの進め方

### I. グループワーク 14:15-15:15 <60分>

#### 1. グループワーク用紙の記入 (5分)

##### ① 施設名、氏名、職種

がんの患者さん・ご家族に、今やっていること・やりたいこと・自己紹介

##### ②がん緩和ケアにかかわる連携の課題(青)と解決策(黄色)

\*1枚のふせんに1つずつ

\*現実的で、明日からできそうな解決策を出す

#### 2. 自己紹介 (5分)

・各自、名札を自分の前に置く

・1-①で記入したふせんをもぞう紙に貼りながら、1人30秒で自己紹介

#### 3. グループワーク (50分)

・グループ内で、司会・書記・発表者を決める(議事録はファシリテーター)

・1-②で記入した「がん緩和ケアにかかわる連携の課題」を出し合う

・明日からできそうなこと(解決策)を出す

### II. 全体での共有とディスカッション 15:15-16:00 <45分>

#### 1. グループからの発表とディスカッション

・1つのグループが5分間以内で発表

・グループの発表に続いて、「〇〇について他のグループに聞きたい」という内容について、ディスカッション

#### 2. 最後に、グループごとに写真撮影



## 第2回 浜松緩和ケア連携会議 ③グループワーク用のふせん



**ふせんに以下の内容をお書きください**

- ◇ ① 施設名、② 氏名、③ 職種
- ④ がんの患者さん・ご家族に、今やっていること・やりたいこと・自己紹介

- ◇ **がん緩和ケアにかかわる連携の課題（青）と解決策（黄色）**

**\*1枚のふせんに1つずつお書きください**

浜松在宅ドクターネットに関する覚え書き 1.0

2010年3月9日	原案作成	〇〇・〇〇・〇〇・〇〇
2010年4月10日	改定案	〇〇・〇〇・〇〇・〇〇・〇〇
2010年4月17日	改定案	ドクターネットWG
2010年6月30日	1.0	浜松在宅ドクターネット説明会 および立ち上げ会

1 名称

本会の名称は、浜松在宅ドクターネット(略称：ドクターネット)と称する。

2 背景と目的

在宅療養を希望する患者の増加に対し、一人医師体制の多い診療所単独で24時間365日の在宅診療を保障することには、様々な困難を伴う。

本会は、診療所医師が連携することにより、在宅療養を希望する患者のニーズにこたえることを目的とする。

主には、1) 24時間対応に応じる体制を構築するための主治医・副主治医制による診療所同士の連携を目的としているが、このほかに、2) かかりつけ医が在宅主治医となった場合のサポート体制を提供するセーフティーネットとしての連携、あるいは、3) 在宅診療を主として行う医師が在宅主治医となった場合でも患者・家族の安心感を提供するために、それまでのかかりつけ医が副主治医として関わる連携など、さまざまな連携を構築・模索することにより、各医師の負担を減らして、かつ、患者・家族の安心できる体制をつくることを目的とする。

3 会員構成

本会は、会員医師、協力医から構成される。

1) 会員医師

会員医師は、浜松市内・その近郊で開業し、在宅療養患者の主治医として治療にあたる診療所医師を指す。診療所の医師を念頭においているが、在宅診療を行っている病院の医師も含む。

2) 協力医

協力医とは、①皮膚科、眼科、精神科、脳外科、麻酔科、整形外科、婦人科、歯科、リハビリテーション科など専門性の高い診療科の診療所医師で、会員医師からの依頼を受け、必要に応じて相談や往診を行う医師、または②病院、大学に勤務する医師で、本会の趣旨に賛同するものであり、病診連携を実践し、専門的な立場よりの助言などを行う。

4 活動内容

目的を達成するために、本会は、以下の活動を行う。本会の活動はすべて会員の自由意思に基づくものである。

1) 会員名簿の作成と会員への配布

地域での在宅医療に関して診療所同士の連携を希望する医師の名簿、メーリングリストを作成、維持する。参加者の名簿を年4回(1、4、7、10月末日)メールで会員に送信する。

## 2) 連携のツールとしてのメーリングリストの維持

### ①診療所医師同士の連携

メーリングリストにおいて、診療所医師の間で自発的に、病院から依頼を受ける場合の主治医・副主治医の決定、不在時や緊急時の代行医師の相談、困難事例についての相談、診療報酬手続きの情報交換、物品や資材・薬剤の貸借、多職種連携、施設の利用などあらゆる在宅医療についての相談を行う場を提供する。

### ②専門性の高い診療科の医師と、診療所医師との連携

メーリングリストにおいて、診療所医師が、他科の専門医や、病院医師から助言を気軽に受けられる場を提供する。

## 3) 顔の見える関係の構築

年に1回以上、会員の「顔の見える関係」を構築し、深めていくための会合、研修会、懇親会を持つ。会合や懇親会は、関連団体と協力して、他職種との連携も深める。

## 4) 病院の連携部門への周知

ドクターネットを周知するために、ドクターネットのコーディネーター医師の連絡方法と会則（覚え書き）を事務局から、年1回各病院の連携室と訪問看護ステーション連絡協議会あてに送付する。

## 5 会員の役割と関連する機能

### 1) 連絡方法

常に連絡可能な通信手段として電子メールを使用するため、電子メール（パーソナルコンピューターまたは携帯電話の電子メール）により連絡が可能な環境を保持する。

### 2) 主治医・副主治医による連携協力体制

本会は一人の患者に対し、主治医・副主治医を置くことを原則とする。

本会に参加している医師が病院から紹介患者を引き受ける際には、副主治医を指定しておくことが望ましい。

#### (1) 主治医と副主治医の役割

##### ①主治医

主治医は患者の治療に対するすべての責任を負う。

主治医となる者は24時間対応を原則とし、外来診療時間帯の緊急往診や、夜間・休日に関しても原則主治医が対応する。

##### ②副主治医

主治医と連携して主治医不在時に補佐・代行するものを「副主治医」とよぶ。

#### (2) 副主治医の決定

副主治医は、当事者同上、あるいはメーリングリストによる話し合いにより決定する。決定がスムーズになされない場合などには、コーディネーター医師が決定する。患者毎に副主治医を変更することができる。場合によっては副主治医をおかない症例があってもよい。

#### (3) 副主治医による代行

本会に参加している主治医が不在、または、何らかの理由で休診した場合には、副主治医は依頼患者の継続的治療をできる限り助ける。ただし、主治医が診療を再開した場合には、さきの患者はすみやかに主治医へ戻すものとする。

#### (4) 主治医・副主治医共に不在となる等対応できない場合は、コーディネーター医師を中心にネット全体で可能な限りの支援を行う。

#### (5) 副主治医への報酬

患者の往診、交通費などにかかわる収入の分担は、当該主治医が相談して決定する。

#### 3) 協力医による会員医師の支援

本会に参加している協力医は、会員医師から要請があった場合、可能な限り、専門知識に基づいて、会員医師に助言、支援を行う。

特に、がん患者の緩和ケアに関しては、市内の全ての緩和ケアチームの医師・看護師が所属するメーリングリスト（「緩和ケアホットライン」\*\*\*\*\*-\*\*\*\*\*@\*\*\*\*.\*\*, \*\*）を合わせて使用する。

#### 4) 診療所同士での患者の紹介

診療所同士の患者の紹介、副主治医の依頼については、メーリングリストにおいて、個々に自由意思に基づいて行う。

#### 5) 病院がドクターネットを使って患者を紹介しようとする場合

##### (1) かかりつけ医にまず相談する

病院が在宅希望患者を紹介しようとする時は、まずかかりつけ医に相談する。ドクターネットの役割は、病院は在宅療養を希望する患者の受け入れ先を探すのに困難な場合の選択の一つであり、患者紹介にドクターネットを使用しなければならないというものではない。

患者にかかりつけ医がいるにもかかわらず、在宅診療の打診をせずに他の診療所に紹介することはトラブルの原因になりやすいため、連携室は、「まずかかりつけ医に打診する」ことを順守する。

##### (2) かかりつけ医が、往診は可能であるが一人では困難な状況が発生すると考える場合

医師がドクターネットに参加していない場合は、連携室はコーディネーター医師を紹介する。コーディネーター医師はドクターネットについて説明の上、主治医または副主治医として関わることを依頼する。

##### (3) かかりつけ医が主治医・副主治医とも引き受けられない場合

連携室がコーディネーター医師に連絡し、コーディネーター医師はメーリングリストに依頼内容を配信する。主治医・副主治医が決まったら、連携室に連絡する。

##### (4) メーリングリストを用いた主治医・副主治医の決定方法

メーリングリストに患者が紹介された場合、「手挙げ方式」で主治医・副主治医を決める。情報提供から24時間毎の応募とし、先着順で決定する。複数の手が上がった場合は、原則として患者との距離の近い診療所とする。

#### 6) 守秘義務

会員の間で行われる相談内容は、守秘義務、および、個人情報保護法を順守し、いかなる理由があれども、診療上必要な会員以外に口外しない。

#### 6 会員の入会・脱会

1) 本会への入会は自由意思による。参加資格は在宅療養支援診療所に限らない。連携の結果として、在宅療養支援診療所の届け出を希望することに対しては、各医師の自由意思にまかせる。

2) 本会からの脱会は、本人の意思による。会員の中で医療連携における行動、言動が本会の主旨に著しく反すると考えられる場合、会員の過半数の議決により、退会を決定できる。

## 7 組織運営

本会は、浜松医師会の事業として承認を得て行うものである。2010年の立ち上げにおいては厚生労働科学研究「緩和ケア普及のためのプロジェクト」(OPTIM)が活動の一環として協力して行う。

組織運営のため、代表1名、副代表3名、事務局長1名、コーディネーター医師1名をおく。2名以上で併任(代表とコーディネーター医師を併任など)してもよい。

### 1) 代表、副代表、事務局長、コーディネーター医師の役割

#### (1) 代表

代表はドクターネットを総括する。医師会に所属する医師が担当し、医師会との円滑な連携のため医師会理事が担当することが望ましい。

#### (2) 副代表

副代表は代表を補佐し、代表が業務が施行困難な場合には代表として業務を行う。

#### (3) 事務局長

事務局長は、代表の指示のもとに、組織運営に必要な事務作業(名簿の作成、ミーリングリストの管理、書類の整理、病院への連絡、経理処理、交流会の開催など)を行う。

#### (4) コーディネーター医師

コーディネーター医師は、ドクターネットを通じて主治医・副主治医決定を円滑に行うために、個々の紹介において会員のサポートを行う。診療所医師が担当する。

### 2) 選出と任期

会員の互選によって選出する。代表・副代表・事務局長の任期は2年とするが、再選を妨げない。コーディネーター医師の任期は別に定める。

### 3) 総会

本会の運営を行なうため年に1回以上総会を行い、主要事項の討議と親睦を行う。

### 4) 決定事項

本会の運営に関する議案の決定は、総会に参加した会員診療所医師の過半数以上の賛成を必要とする。

### 5) 会費

2011年より、会員医師は年1000円を本会の指定金融機関(\*\*\* )に入金する。協力医からは徴収しない。会費は、ミーリングリストの作成・維持・事務手続きを行う臨時雇用の事務員の人件費とする。会計報告書は作成しないが、総会のときに通帳記載を開示する。金銭の管理は事務局長が臨時で事務員を雇用して行う。

## 浜松在宅ドクターネット コーディネーターマニュアル 1.0

2010/06/01 原案 ○○○○

2010/06/30 1.0 浜松在宅ドクターネット説明会及び立ち上げ会 承認

### I 病院連携室または、医療機関などから患者紹介を受けた時

- 1 メーリングリストに情報を流す
- 2 24時間で締め切り、主治医を決める→ 決まったら、主治医から病院へ連絡してもらう
- 3 24時間たって応募がない場合→ メーリングリスト内でどうするか話し合いを誘導し、決定する
- 4 主治医候補が二人以上出た場合→ 間に立って決定する
- 5 主治医に副主治医がない場合→ リスト内で副主治医を促す

### II 病院連携室からドクターネットに参加していない医師の紹介を受けた時

#### ① 医師にドクターネットのアウトラインを説明する

##### 内容

1. 参加して主治医となる場合は原則として 24 時間 365 日体制である。(日中だけの主治医、平日だけの主治医は認められない)
2. 原則として、主治医・副主治医制をとっている。副主治医を決めておいて欲しい。(ドクターネット内で探すことができる)
3. 副主治医は原則として、主治医不在時に代行医師を努める役割を果たす。
4. 一度は副主治医をすること。
5. 報酬は相互の相談による。
6. 患者紹介に対しては手あげ方式であること。
7. ネットで症例相談を含む様々な在宅医療に関する相談ができること。
8. 在宅療養支援診療所を申請していない場合は申請してもよい。  
在宅療養支援診療所でなくても参加はできる。

- ② ドクターネット覚え書き、参加申込書を教える。(浜松医師会のホームページに掲載し、ダウンロードできる旨を伝える形としたい。)

### Ⅲ ドクターネットがどのようなものか説明して欲しいと相談された時

- ① 在宅医療を行う医師同士のメーリングリストを用いた診療所連携システムである。
- ② 協力医として病院医師や、他科診療所医師にも参加してもらっている。(参加を呼びかけたい。)
- ③ 診療所だけでなく、在宅医療を行っている病院医師も参加してよい。
- ④ 参加費は2010年度は生じない。
- ⑤ 自由意思による参加組織である。
- ⑥ 強制的な義務は特に生じないが、参加している間に一度は副主治医をやってほしい。
- ⑦ 参加資格は医師であればよく、医師会員にこだわらない。浜松医師会員でなくてもよい。
- ⑧ 名簿は原則非公開。各医師会HP内の会員ページには公開。
- ⑨ 本年度の運営主体は浜松医師会在宅医療委員会である。OPTIMプロジェクトが協力している。
- ⑩ 原則として在宅患者一人に対して主治医・副主治医制をとっている。

がん緩和ケアにおける診療所在宅連携システム「浜松在宅ドクターネット」のご案内

2010.7.26

1. 背景と目的

このたび診療所医師同士が連携することにより、個々の負担を減らしながら、在宅療養を希望する患者のニーズに応えることを目的として、自由意思に基づく診療所連携システム「浜松在宅ドクターネット」を立ち上げました。

このネットはメーリングリストを用いて、在宅医療を行っている医療機関同士の連携・交流を図ると共に、主治医不在時の代行医師の相談、在宅医療に関する情報共有、困難事例の相談などを行っていきます。

2. 会員構成

会員医師：在宅療養患者の主治医として治療にあたる診療所医師

協力医：専門性の高い診療科の診療所医師と病院医師

3. 組織

【代表】〇〇クリニック 〇〇〇〇〇

【副代表】〇〇クリニック 〇〇〇〇

〇〇診療所 〇〇〇〇

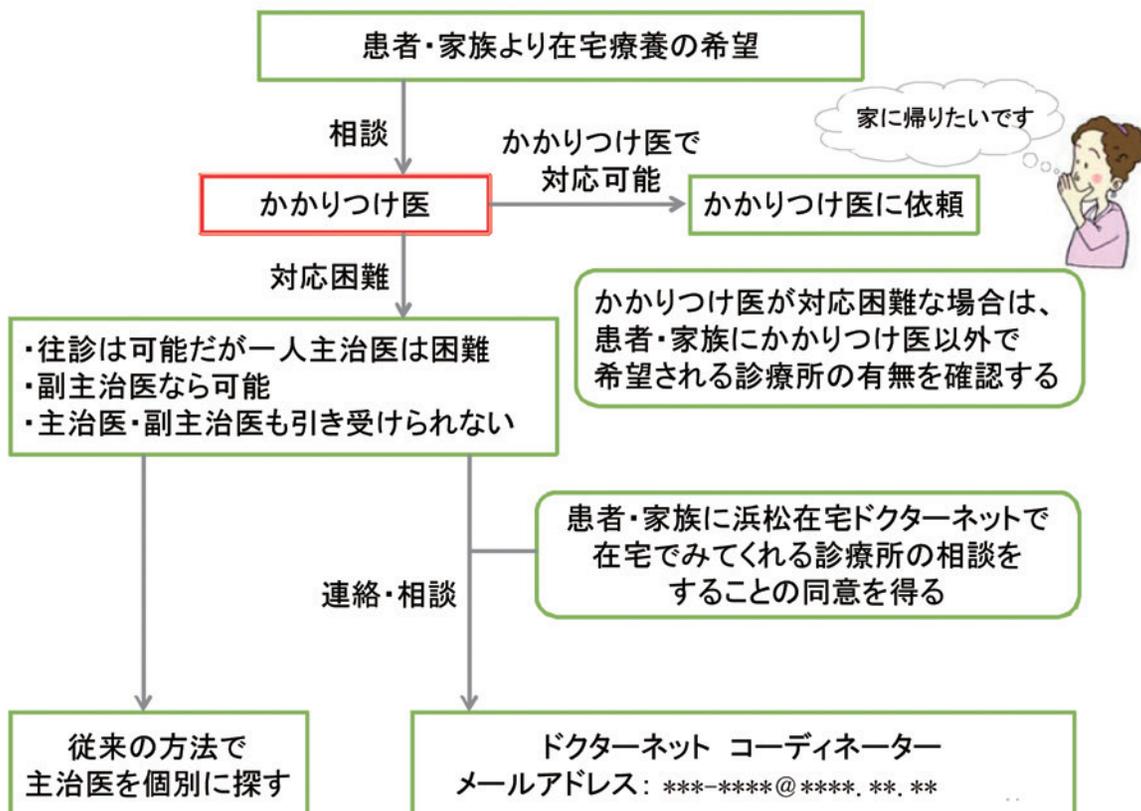
〇〇クリニック 〇〇〇〇

【コーディネーター】交代制：平成 22 年 7 月 1 日～9 月 30 日

〇〇医院 〇〇〇〇

【事務局】〇〇病院 〇〇科 〇〇〇〇

4. 利用方法（病院連携室からの紹介の場合）



## FAQ

- Q. 診療所への紹介はドクターネットを通さないといけないのですか？
- A. ドクターネットは、あくまでも、「在宅で過ごしたいけれども主治医がこれまでの方法では見つからない」、「24時間対応が必要そうな患者さんだけでも、主治医以外にサポートの医師（副主治医）が必要そうだ」というときに、「これまでの紹介方法に加えて」使っていただくためのツールの一つです。ドクターネットを通さないで患者さんを紹介できないということではないので、この点、間違えないようにお願いします。
- Q. どうやって連絡をすればいいですか？
- A. ドクターネットでは、代表1名、副代表数名の他に、会員からコーディネーター医師1名を選んでいます。連絡はコーディネーター医師のメールアドレス：\*\*\*-\*\*\*\*@\*\*\*\*.\*\*\*.\*\*\* に連絡してください。コーディネーター医師は3～4カ月程度で交代します。（コーディネーターが交代してもメールアドレスは変わりません）このメールアドレスは、送信すると、同時に、世話人である代表、副代表、事務局にもつながりますので、世話人医師全員がみて対応します。
- Q. ドクターネットに入っている医師を教えてもらうことはできますか？
- A. ドクターネットの名簿は公開しません。平成22年7月末現在、会員医師・協力医合わせて、31名の医師が登録しています。
- Q. ドクターネットに関する情報はどこに届きますか？
- A. 年1回ドクターネット事務局から、各病院の連携室と訪問看護ステーション協議会に、規約、連絡方法（コーディネーター医師、代表、副代表、事務局氏名）、会員数などを送付します。コーディネーターがかわればその都度ご連絡致します。（3～4カ月毎）
- Q. 患者さんの相談ではなく、ドクターネットのシステムに関する問い合わせは、どこにすればよいですか？
- A. 2010年度は、緩和ケア普及のための地域プロジェクトがドクターネット事務局を兼任します。当面は、緩和ケア普及のための地域プロジェクト ○○病院 ○○科 ○○○○（事務担当：○○）にお問い合わせください。
- Tel：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*（内線\*\*\*\*）＊お電話は平日の10-16時の間にお問い合わせ致します。
- Fax：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* E-mail：\*\*\*\*-\*\*\*\*@\*\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*

## 浜松市薬剤師会在宅支援ネット(P浜ねっと)のご案内

### <はじめに>

現在、浜松市では、医師を中心とした多くの医療スタッフが積極的に在宅医療に取り組んでいます。国の政策も在宅医療を推進する方向で改定が行われており、緩和ケア普及の為の地域プロジェクトも進んでいる状況です。今後も在宅療養を希望する患者が増加することが予想され、薬剤師の立場にあっても医療の質を維持向上させて行く為に、幾ばくかの役割を担う必要性を感じています。

しかしながら、そんな中で保険薬局薬剤師の対応は未だ後れを取っており、患者やスタッフの皆様の信頼を得られているとは言い難い状況です。

そうした様子に危機感と責任を感じ、浜松市薬剤師会では、“力を合わせれば一人薬剤師でも訪問指導に行ける”を目標に浜松市薬剤師会在宅支援ネット(通称:P浜ねっと)を作りました。ネットワークを作ることで、各薬局が在宅に取り組む際に、さまざまな負担が一度に集中したとしても、お互いが協力し合いながら在宅医療活動を無理なく継続していける。また、患者さんや開業医の先生方、看護師さん、ケアマネさんなど在宅にかかわる全ての人と連携をとることで、私たち薬剤師がお役にたてるとともに、情報を共有することで薬剤師としてもレベルアップを図っていけることとおもっております。

P浜ねっとには、浜松市薬剤師会の各地域の薬剤師が参加しています。

### <活動の目的>

- 1) 訪問薬剤(居宅療養)管理指導等を行うことによりグループとして在宅医療の受け皿となる。また他の医療スタッフによる患者への説明等の手間も省け、薬剤に対する理解も深まり、デリバリーについても患者や御家族の負担が軽減する。(在宅への薬剤の配達、管理、指導の分野を担当)また、グループ内の連携により緊急時の対応を行う。
- 2) 薬剤連携を組み、患者に対し可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供する。
- 3) 薬局相互に薬剤管理上の相談を行い、さまざまな医療情報、医薬品情報を共有することにより医療の質の向上を目指す。

### <活動方法、活動内容>

P浜ねっとの参加薬局は、基本的にいつでも対応可能で、メールなどによる連絡が可能であることを前提とし、在宅訪問において連携を組む。

このため各薬剤師は常に連絡可能な通信手段を確保し、お互いそれを共有する。具体的には携帯電話、電子メール環境を整備する。

### <役割と職務>

- 1) 担当薬剤師: 訪問薬剤(居宅療養)管理指導を主に実施する薬剤師

担当薬局として訪問薬剤(居宅療養)薬剤管理指導を行う薬剤師とそれを補佐するサポート薬剤師からなる。担当薬局薬剤師は患者の居住地域を考慮して決められる。さらにサポート薬剤師が薬剤管理指導の分担や緊急対応を担う。

## 2) サポート薬剤師

担当薬局薬剤師と共に患者と面会しておく事もある(但し主治医の了解をとる)  
 担当薬局薬剤師が所用等で訪問活動ができない時に対応する  
 訪問薬剤(居宅療養)管理指導料は算定しない(通常の薬学管理料の算定)  
 薬剤管理指導を行った内容を主治医等へ報告する  
 以上の事で担当薬局薬剤師の負担を軽減し役割を分担しながら活動を行う。

このように、いかなるケースにおいてもきめ細かく対応できるシステムを構築していく。  
 また、当会の取り組みについて

- 1) 訪問薬剤(居宅療養)管理指導を依頼する患者の退院時カンファレンスへの参加  
(退院時共同指導)
- 2) メーリングリストを活用した情報の交換
- 3) 会員薬剤師の知識・技術向上のための研修会(毎月一回のペースを目標に)
- 4) 学会等への研究内容の発表と業績報告(今後の目標として)
- 5) 在宅医療活動スタッフ(医師、看護師等)への医薬品情報提供

以上、浜松市薬剤師会在宅支援ネット(P浜ねっと)は立ち上げたばかりですが、今後、在宅医療に対して意欲を持った薬剤師が増えていくことと思います。これからは浜松市を中心とした患者の皆さんの快適な療養のために少しでもお役に立てるよう精一杯努力していきたいと考えています。我々は、訪問薬剤(居宅療養)管理指導等の活動とともに、地域医療ネットワークの中で必要とされる薬剤師となれるように頑張りますのでよろしくお願い致します。

浜松市薬剤師会在宅支援ネット(P浜ねっと)世話人会

<世話人会>

代 表:〇〇〇〇(〇〇薬局)

ネット管理:〇〇〇〇(〇〇薬局)

世話人:浜松市薬剤師会在宅介護委員

---平成21年9月---

## P浜ねっこの利用方法について

### <P浜ねっこの利用法>

訪問薬剤(居宅療養)管理指導の依頼について、従来から「かかりつけ薬局」がある場合、まず、そちらにご相談ください。

しかし、「かかりつけ薬局」が訪問薬剤(居宅療養)管理指導をするのが困難な場合、あるいは特定の薬局が見つからない場合は・・・



次ページの訪問薬剤(居宅療養)管理指導依頼書に必要事項を記入の上、下記へお問い合わせください。

#### 浜松市薬剤師会在宅支援ネット(P浜ねっこ)管理

〇〇薬局 担当：〇〇〇〇

TEL：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*

FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*

e-mail:\*\*\*\*\*@\*\*\*.\*\*\*

浜松市薬剤師会：事務局

TEL：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* FAX：\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*

ネット事務局では、患者が入院中の病棟担当薬剤師、あるいは、かかりつけ薬局の薬剤師等関係の皆さんと十分相談させていただいたうえで、病状、居住地域を考慮して担当薬剤師、サポート薬剤師を決めご連絡いたします。

### <活動手順>

- 1) 主治医より“P浜ねっこ”管理が患者の依頼を受ける。  
“P浜ねっこ”管理:〇〇〇〇(〇〇薬局)
- 2) “P浜ねっこ”管理はメーリングリストで担当薬剤師・サポート薬剤師を募集。それぞれを手上げで決定し、決定した薬局は患者受け入れ準備開始
- 3) 担当薬局は患者情報収集のため、退院時カンファレンス等に参加し、処方受け入れの準備を進める(他の薬局がフォローも実施)
- 4) 主治医からの指示を受け、訪問薬剤(居宅療養)管理指導を中心に在宅活動を行っていく。(報告書の作成と報告)

## 在宅薬剤(居宅療養)管理指導依頼書

浜松市薬剤師会在宅支援ネット(P浜ねっと)事務局 行き

FAX:\*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

E-mail:\*\*\*\*\*@\*\*\*.\*\*\*

※依頼者: \_\_\_\_\_  
(医師・ケアマネ・その他)

※依頼機関名: \_\_\_\_\_

※電話: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ※FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※患者性別: (男・女) ※年齢: 50・60・70・80・90・100 歳代

※住所: 浜松市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 町

介護度: (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

ケアマネージャー氏名: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_

※病歴要約:

---

---

---

・在宅薬剤(居宅療養)管理指導に対しての要望、注意点など

---

---

---

---

※印は必須の項目です。必ずご記入よろしくお願いたします。

## 資料 22 浜松市の医療機関と救急隊との救急搬送に伴う蘇生術に関する取り決めを話し合うためのたたき台案（暫定案 0.1）

### 〈暫定案の注意〉

暫定案は、浜松市メディカルコントロール協議会で吟味してもらうための「たたき台案」を聖隷三方原病院倫理委員会が作成したものである。記載内容は、消防救急隊をはじめ、今後関係者で討議、変更、修正、改良してもらうことを前提としている。特に、下線の部分については、消防・救急隊にて詳細な検討が行われることを前提とし、聖隷三方原病院倫理委員会では検討しなかった。

聖隷三方原病院倫理委員会は、資料にあげた昨今の終末期医療に関する論議をふまえて数回の審議を行い、浜松市内の在宅療養している終末期患者で、心肺蘇生を希望しない希望を明示しており、主治医も同意している患者が、救急隊・救急部に受診した場合に、患者の意思表示に従った心肺蘇生術をメディカルコントロール医師の指示のもとに対応できることを倫理的に妥当と考えた。よって、本暫定案について、浜松市メディカルコントロール協議会にて、現在可能な方策について審議をお願いするものである。

### 〈定 義〉

#### ●終末期患者

「終末期」という場合には、悪性腫瘍のように予後が数日～数カ月と予測できる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に至る場合、脳血管後遺症や老衰など数カ月から数年かけて死を迎える場合がある。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療ケアチームが個別に判断するべきである（厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」）。

具体的には、担当医を含む複数の医療関係者が最善の医療を尽くしても病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族などが終末期であることを十分に理解したと担当医が判断した時点から死亡までをさす（日本医師会「グランドデザイン 2009—終末期医療のガイドライン 2009」）。

#### ●在宅療養

患者がおもな生活を営んでいる場所（自宅、施設など）において療養をしていること。

### 〈背 景〉

これまでは入院生活を余儀なくされていた終末期患者が、患者の希望、在宅医療のシステムの整備、あるいは急性期病院の役割の変化などに伴い、自宅で生活を行うことが多くなっている。これらの場合では、DNAR（do not attempt resuscitation：心肺蘇生を希望しないこと）の意思があることが多い。患者がDNARを希望すれば、入院中であれば医師の指示のもとに心肺蘇生術は通常施行されない。

患者が退院し在宅療養した場合であっても、往診医師が主治医として、患者の意思に従って心肺蘇生術を行わない場合がほとんどである。しかし、往診医師に連絡がつかない場合、患者・家族の希望で往診医師に紹介されおらず病院医師が主治医のうちに容態が変わった場合、心肺蘇生は希望しないが投薬・処置や看護ケアのために病院への搬送を希望する場合は、救急隊に連絡をし、病院救急部で対応する場合も少なくない。浜松市においても、年間数例以下と見積もられるが、DNARの意思表示があつたにもかかわらず心肺蘇生が行われた事例があるようである。「在宅医師をつけておくべき」「救急隊を呼ばないようにしておくべき」であるのはもちろんであるが、どのように努力しても、このような「網の目」をくぐってくる症例は存在すると考えられる。

その場合、患者、家族にとっては希望していない心肺蘇生を受けることになる可能性があり、救急隊・救急部にとっても救命という役割と患者家族の意思との間で苦しい選択を迫られることになる。

したがって、患者の意思の尊重とともに、関係者の葛藤の軽減という観点からも、患者の意思にしたがった心肺蘇生術の適用が可能なかぎりできる体制を浜松市内において整備することを検討することは意味があると考えられる。

### 〈終末期患者の心肺蘇生に関するガイドラインの要約〉

近年提示された複数のガイドラインにおいては、一定の条件に基づき、終末期患者における心肺蘇生を行わないことの倫理的法的妥当性を明記した。一定の条件の要点は、①患者、または患者が意思表示できない場合には患者の意思を推定できる家族と、患者の推定意思や患者にとっての最善の医療

(ベストインタレスト) という観点から十分に話し合った結果であること、②患者が終末期であることの判断や意思決定は医師1名が単独で行うのではなく、看護師など関係している複数の医療ケアチームで行うこと、③苦痛緩和の治療や精神的社会的資源の利用などを最大限行うことを保証すること、である。

したがって、これらの条件が満たされるならば、心肺蘇生を行わないという希望のある患者に関して、在宅医療においても心肺蘇生を行わない体制を保証することは倫理的法的にも妥当であると考えた。

### 〈目 的〉

浜松市内の在宅療養している終末期患者で、「心肺蘇生を希望しない」希望を明示しており、主治医も同意している患者が、救急隊・救急部に受診した場合に、患者の意思表示に従った心肺蘇生術をメディカルコントロール医師の指示のもとに対応できること

### 〈対象となる患者〉

以下の条件をすべて満たす場合に検討する。

1. 在宅療養している成人の終末期患者。
2. 患者の意思、または、十分に推測できる患者の意思に基づいた家族の意思に基づき、あらかじめ心肺蘇生に関する希望を明示した「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」を所持している。
3. 患者の意思を了解した主治医の「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を所持している。

### 〈対象となる状況〉

1. 当該患者が在宅療養中に病院への搬送を希望する場合、以下の2つの状況が考えられる。

- ① 心肺蘇生は希望しないが、なんらかの苦痛があり、その緩和のための投薬・処置や看護ケア（酸素投与、吸引などの処置、医療用麻薬や鎮静薬の投与、胸水や腹水ドレナージなど）を希望している場合
- ② 苦痛はないが、心肺停止に準じる状態であり、死亡の確認をする医師が病院にしかない場合

### 〈前提とされる条件〉

1. 在宅療養を希望する患者では往診医師をあらかじめ確保し、自宅での容態の変化に備えて往診できる体制を確保することを原則とする。
2. 切迫した苦痛がない場合は、対応を主治医にまず確認し、指示に従って自家用車などを利用し受診する（救急隊に連絡しない）ことを原則とする。それに対応できない場合（往診医師に連絡がつかない、患者・家族の希望で往診医師に紹介されておらず病院医師が主治医のうちに容態が変わった、心肺蘇生は希望しないが投薬・処置や看護ケアのために病院への搬送を希望するなど）に、救急車を要請する。

### 〈方 法〉

1. 家族が救急隊に「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」と「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を提示する。
2. 救急隊は、メディカルコントロール医師と連絡をとり、状態を報告したうえで、「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」および「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」があることを説明する。
3. メディカルコントロール医師は、救急隊員の報告にもとづき、適切な指示または助言を行う。「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」や「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」は患者・家族の状況を見て総合的な判断の一助とするものであり、それらがあるからと言って自動的になんらかの判断を行うものではない。
4. 搬送後の病院にて、主治医に連絡する。

### 文献・資料

- 1) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン。厚生労働省、2007年5月
- 2) グランドデザイン2009—終末期医療のガイドライン2009。日本医師会、2009年2月
- 3) 救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）。日本救急医学会、2007年10月
- 4) 終末期医療のあり方について—亜急性期の終末期について。日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会。2008年2月

### 救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書（患者の記載用）

私は、自分自身の病名や病状を理解しています（説明を受けた記録をこの記録と一緒に保管してください）。

万が一、急変などにより救急搬送された場合、以下を希望します

- 酸素投与、または、バッグによる換気を行う（心臓マッサージは行わない）
- 酸素投与、バッグによる換気にくわえて、心臓マッサージを行う
- 心肺蘇生を行う（心臓マッサージ、器具を用いた呼吸、気管内挿管・人工呼吸器などすべてを行う）

ただし、いずれの場合も、苦痛を和らげる処置が最大限取れるためにすみやかな対応をお願いします

私は、家族（代理人）とも相談し、この意思を尊重するよう伝えました。

これらは、私の家族（代理人）、医師などの医療ケアチームとも十分にくりかえしてよく相談した結果です。

平成 年 月 日

本人氏名

代理人氏名

### 救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書（家族の記載用）

私は、患者（ ）の意思決定の代理人として、患者の病名や病状を理解しています（説明を受けた記録をこの記録と一緒に保管してください）。

万が一、急変などにより救急搬送された場合、以下を希望します

- 酸素投与、または、バッグによる換気を行う（心臓マッサージは行わない）
- 酸素投与、バッグによる換気にくわえて、心臓マッサージを行う
- 心肺蘇生を行う（心臓マッサージ、器具を用いた呼吸、気管内挿管・人工呼吸器などすべてを行う）

ただし、いずれの場合も、苦痛を和らげる処置が最大限取れるためにすみやかな対応をお願いします

これらは、患者が意思表示できたときの意思表示や、価値観をもとに患者にとって最善であると考えられることを、医師などの医療ケアチームと十分にくりかえしてよく相談した結果です。

平成 年 月 日

本人氏名

代理人氏名（なるべく多くのご家族がお名前をお書きください）

続柄

## 救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書

下記の患者様は、( ) に受診しながら、在宅療養されています。適切な時期に受診できるような体制をとっていますが、万が一、救急搬送された場合、患者様が以下の希望を持っていることを主治医として了解しています。

- 酸素投与、バッグによる換気を行う（心臓マッサージは行わない）
- 酸素投与、バッグによる換気にくわえて、心臓マッサージを行う
- 心肺蘇生を行う（心臓マッサージ、気管内挿管・人工呼吸器などすべてを行う）

これらの相談は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省 平成 19 年 5 月）や「グランドデザイン 2009 終末期医療のガイドライン 2009」（日本医師会 2009 年 2 月）にしたがっておこなったものです。つまり、患者自身と十分によく相談したか、あるいは、患者の意思が確認できない場合には、家族によって患者が希望していることを推定したか、または、患者にとって最善な選択はなにかを十分にくりかえしてよく話し合いました。また、相談は医師ひとりではなく患者にかかわっている看護師を含む医療チーム全体で検討し、かつ、患者の苦痛緩和に最大限努めることを約束しました。

平成 年 月 日

所属機関名

主治医氏名

印

連絡先

## 患者さま・ご家族への説明書：在宅療養中に状態が悪化した場合

在宅療養中に状態が急に悪化する（出血したり、嘔吐したものをのどに詰まらせたりなど）ことは多くはありませんが、起こりえます。ご自宅で見ている場合には、急に容態が変化した場合の対応を決めておくことが重要です。

### 1. 「救急隊」の役割

「状態が悪くなったら、救急車を呼んで病院に行けばいい」とお考えの方は多いと思います。しかし、救急隊の主たる役割は、「救命」ですので、もし、患者さん・ご家族が、「心肺蘇生術」（心臓マッサージや人工呼吸など）を希望していない場合、救急隊を呼んだ場合には、病院救急部と救急隊と連絡を取り合う医師の判断で、心肺蘇生術を受ける可能性があります。

### 2. 在宅担当医師の確保

したがって、在宅療養で「心肺蘇生術」を受けないことを決めた場合には、必要がないように思っても、在宅担当医師を決めてください。そうすることによって、急に状態が悪くなったとしても、自宅に往診して患者さん・ご家族の希望にそった医療を行うことができます。

### 3. 自宅で急に状態が変わった場合

#### ① 切迫した苦痛がない場合

対応を主治医に最初に確認してください。必要であれば、自家用車などを利用し受診してください（救急隊以外の手段を優先して利用して下さい）。

#### ② 切迫した苦痛がある、または、自家用車などを使用できない場合

対応を主治医に最初に確認してください。指示があれば、救急車を要請してください。その場合、救急隊に「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」と「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を提示してください。救急隊は、救急センターの担当医師と連絡をとり、患者さん・ご家族の意思をふまえた対応を相談します。

#### ③ 患者さんが亡くなられているように見える場合

対応を主治医に最初に確認し、指示があれば、救急車を要請してください。その場合、救急隊に「救急搬送に伴う蘇生術に関する要望書」と「救急搬送に伴う蘇生術に関する主治医の承諾書」を提示し、「患者さまが亡くなられているように見える」ことをお伝え下さい。救急隊は、本来、救命救急のための機能であり、亡くなられていることが想定される患者さまの搬送は役割ではありません。救急隊では、通常、心肺停止をしている場合にはまず心肺蘇生を行ないつつ、救急センターの担当医師と連絡をとり、患者さん・ご家族の意思をふまえた対応を相談します。



## II. 地域での実践 <長崎地域>



### 長崎地域の概要

#### 1) プロジェクトの活動の概要

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、という4本柱からなる活動が行われた(資料1)。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、マニュアルなど各種マテリアルの配布と、多職種および職種別に分けた医療福祉従事者向けの緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは、『ステップ緩和ケア』や、患者用パンフレットの中の「これからの過ごし方について」「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「がんの痛みが心配なとき」の使用頻度が高かった。緩和ケアセミナーでは、医師を対象に、特に医療用麻薬の使用に関する研修会が継続して開催された。看護師向けでは、リンパ浮腫や、ポンプを使った医療用麻薬による疼痛コントロールなどの、実技を重視した研修会が企画された。その他、多職種向けとしては、模擬事例を用いたグループワークや、寸劇・ロールプレイを含む体験型セミナーが行われた。患者支援に関連した「在宅医療」「退院支援や退院調整システム」「介護保険制度」などの研修会も行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の長崎市長立図書館への設置が行われた。ポスターは、2009年度より長崎地域オリジナル版が作成され、配布された。図書は、地域のがん診療連携拠点病院やホスピス病棟のある医療機関7施設に設置された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、「長崎がん相談支援センター」が中心となり、地域の緩和ケアや多職種連携の現状および課題について、多職種での「地域カンファレンス」が4回にわたって行われた。その中から職種別の組織が構築され、多職種による顔の見える地域連携の枠組みが、網目のように進んでいった。また、病院の緩和ケアチームや地域医療連携室と、在宅スタッフとのカンファレンスといった、病院と地域とを結ぶカンファレンスもプロ

ジェクト開始と同時に始まった。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、長崎がん相談支援センターと連動して「地域緩和ケアチーム」が設置された。これにより、専門的緩和ケアを持たない病院での緩和ケア研修会、実際の緩和ケア提供に関する相談などが行われた。

#### a) プロジェクトの準備

##### プログラムの進め方

プロジェクト開始にあたり、「地域運営委員会」と「コアリンクナース」を組織した。地域運営委員会のメンバー(運営委員)やコアリンクナースの選出は、事前に病院管理者や看護部長に、OPTIMプロジェクト研究班地域担当者や長崎がん相談支援センターの看護師が個別にプロジェクト説明を行ったうえで、改めて文書で依頼した。メンバー本人には、プロジェクト期間を任期としてOPTIMプロジェクト地域責任者からの「委任状」を交付した。また、各職能団体(医師会・看護協会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会・臨床心理士会・社会福祉士会・介護福祉士会・市の訪問看護事業所連絡協議会担当窓口)には、文書でプロジェクトを紹介し、協力を依頼した。

##### 【地域運営委員会】

運営委員会は、事業計画やプログラムの運用、各関係機関との連携や協力体制などを具体的に検討・決定していく機関で、メンバーは、関係機関・関連する各専門職(施設側と地域側双方)の代表者とし、責任者をOPTIMプロジェクト地域責任者の医師会会長が務め、運用の方向性や方法の提案をOPTIM長崎地域プロジェクトリーダー(OPTIMプロジェクト研究班地域担当者・白髭豊医師)が行った。

運営委員は、2008年度は、長崎がん相談支援センターのメンバーと、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医師、ホスピス病棟を持つ病院の医師、

地域診療所の医師，訪問看護ステーションの管理者，薬剤師，管理栄養士，社会福祉士，臨床心理士の計 32 名であった。2009 年度には，一般病院の緩和ケアチーム医師と介護支援専門員，行政保健師が加わり計 36 名となり，2 カ月に 1 回「地域運営委員会」を開催した。

会議内容や検討事項については，OPTIM プロジェクト研究班地域担当者と長崎がん相談支援センターのスタッフが週 1 回定例ミーティングを行い，準備した。定例ミーティングでは，OPTIM プロジェクト研究班地域担当者を中心に，事業計画に沿った各研修会開催などの具体的運用について話し合いを行い，各研修会の開催に向け，担当者の招集と打ち合わせ会の設定，資料作成，進行の調整などを行った（図 1）。

#### 【コアリンクナース】

コアリンクナースは，退院支援や地域連携，患者支援において，看護職連携の必要性が予測されることから組織された。病院と在宅側双方に関連する看護師がメンバーとなり，ミーティングの内容決定や進行は長崎がん相談支援センターの看護師が務めた。

具体的なメンバーは，2008 年度には，がん診療連携拠点病院の地域医療連携室の看護師，緩和ケア認定看護師，化学療法認定看護師，ホスピス病棟の看護師，診療所看護師，訪問看護ステーション管理者，長崎がん相談支援センターの看護師，地域緩和ケアチームの看護師 30 名であった。2009 年度にはさらにホスピス病棟管理者と行政保健師が加わって計 33 名となった。3 カ月に 1 回，「コアリンクナース・ミーティング」を開催した。

コアリンクナースの役割としては，ミーティングへの参加，看護に関する主なツール（退院支援・調整プログラム，緩和ケアツール，「わたしのカルテ」）の院内での運用とモニタリング，長崎がん相談支援センターへの相談内容についての助言や直接的連携，がん診療連携拠点病院のカンファレンスへの参加，啓発活動，各研修会での講師や運営補助を依頼した。

また，事前の看護部への説明では，プロジェクト参加による看護への効果として，「早期退院調整の仕組みができること」「スムーズな在宅・病院移行で看護の効率化や負担感の軽減が図れること」「連携により，在宅への意識の変化や効力感が期待できること」「緩和ケアに関する知識や技術が向上すること」などを強調した。

このようなコアリンクナースの活動で，病院看護師からは，「訪問看護師や他の職種とコミュニケーションの機会が増え交流が深まった」「お互いの顔や役割が見えて，安心して患者に在宅療養を勧められるようになった」などの意見が聞かれた。一方，訪問看護師からは，「退院前カンファレンスが確実に実施されるようになり，スムーズな移行で効率化が図れるようになった」「患者や家族から，病院を追い出されたという声を聞かなくなった」などの意見が聞かれた。



図 1 ミーティング風景

#### 【地域への説明会と，リンクスタッフ・参加施設の募集，計画の策定】

2007 年 11 月 30 日に，「緩和ケア普及のための地域プロジェクト説明会」を医師と多職種向けに長崎市医師会館で開催し，次いで医師向け・多職種向けに分けて緩和ケアへの理解を深めてもらうための研修会を開催した。研修会修了後に受講証を発行し，修了者に対して改めてリンクスタッフとしての登録を依頼した。その後，追加のための DVD による研修会を 8 月 9 日と 23 日に開催した。

OPTIM プロジェクト研究班地域担当者および長崎がん相談支援センターのメンバーが，長崎地域としての目標と各年度別目標・事業計画案を作成し，運営委員に事前配信し，意見を聞いた。その後，意見の集約を行い，2008 年 4 月の長崎地域運営委員会で，長崎地域の目標と事業計画を決定した。

長崎地域の目標は，「3 年間の介入で，日本に合う緩和ケアの地域モデルを作ること」とし，そのために，①早期の退院支援・調整，地域医療連携ネットワークの強化を重層的に整備する。その際，可能な

限り自宅以外の在宅の場も広げ、かつ家族以外の介護力の確保についても十分に対策を考慮する、②長崎市医師会に設置した「長崎がん相談支援センター」を中心に以上のことを推進していく（図2）、③緩和ケアに限定することのない、地域医療の相談支援センターとして盤石な実績をあげ、医師会事業として永続的な運用ができるように成果を上げることを目指す、の3点を明文化した。

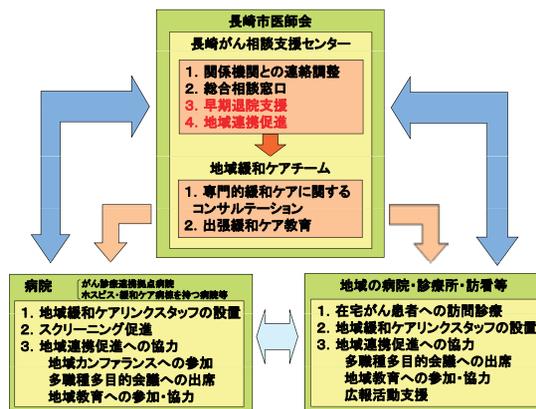


図2 長崎がん相談支援センターの機能

表1 年間活動計画（2008年度）

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会	4/24 (木) 19:00～21:00 「臨床教育プログラムワークショップ」 筑波大学附属病院 緩和ケアセンター 木澤 義之氏		6/19 (木) 19:00～21:00 「退院支援・調整プログラムワークショップ」 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 山田 雅子氏		
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス（「地域カンファレンス」）					
	地域連携講習会				7/25 (金) 19:00～21:00 「この町で安心して暮らしかつ続けるために～願いがかなう地域作り活動～」 白十字訪問看護ステーション 秋山 正子氏	8/9 (土) 13:30～16:00 「緩和ケア～長崎のどこでどのような取組が行われているか～ホスピス病棟師長・がん診療連携拠点病院・診療所医師より～」 8/23 (土) 13:30～16:30 「がん患者さん・家族とのコミュニケーション～言って欲しいこと、言っていないこと～」 「医療用麻薬を誤解していませんか？」
	医療用麻薬作業部会	医療用麻薬作業部会			医療用麻薬作業部会	
	がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへの診療所の医師の参加	長崎大学病院 毎週水曜日 13:30～15:30 長崎市立市民病院 毎週水曜日 17:30～20:00 長崎原爆病院 毎月第4金曜日 17:30～18:30				
	がん診療連携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在宅側スタッフの参加					
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民向け講演会		(市民公開講座) 5/24 (土) 14:00～16:00 「がんの痛みを苦しめないで～住みなれた家、住みなれた長崎で～」			
システムの構築	地域運営委員会	地域運営委員会		地域運営委員会		地域運営委員会
	コアリンクナースミーティング	4/17 (木)				8/7 (木)

**b) プロジェクト1年目の活動の概要 (表1)**

プロジェクト活動の1年目は、「プロジェクトの目的をみなさん(市民・患者・家族・医療従事者・関連職種)に周知する1年!」が目標とされた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、主に多職種向けプログラムが設定された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、リーフレット・ポスターの配布、病院図書館への『緩和ケアを知る100冊』の配布のほか、市民を対象とした公開講座2回が企画された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」としては、リンクスタッフ(コアリンクナース)向けのミーティングや地

域連携講習会が開催された。がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの診療所医師の参加も開始された。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」としては、長崎市内3カ所のがん診療連携拠点病院緩和チームの医師および薬剤師や、診療所の医師および看護師などからなる地域緩和ケアチームが設置された。

**c) プロジェクト2年目の活動の概要 (表2)**

2009年度は「長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを、積極的に利用してもらう1年!」が目標とされた。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、多職種向け

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
						(地域カンファレンス) 3/26(木) 19:00~ 21:00 ①取り組みの報告 ②グループワーク ③全体討議
		医療用麻薬作業部会			医療用麻薬作業部会	
長崎大学病院 毎週水曜日 13:30~15:30 長崎市立市民病院 毎週水曜日 17:30~20:00 長崎原爆病院 毎月第4金曜日 17:30~18:30						
長崎大学病院 毎週水曜日 16:00~17:00						
適宜						
		(市民公開講座) 11/29(土) 14:00~ 16:00 「がんの痛みに苦しまないで~あなたの家にかえろう~」				
	地域運営委員会		地域運営委員会		地域運営委員会	
			12/15(月)			3/16(月)

に加えて、医師向け、看護師向け、薬剤師向けに分けて事例検討会や研修会が設定され、それぞれ定期的に開催された。看護師向けとしては、リンパ浮腫について、実践を学

ぶセミナーがシリーズで開催された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」としては、市民を対象とした講座が企画され、がん体験者の講演会には多

表2 年間活動計画 (2009年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会 (「多職種事例検討会」)					
	医師向け研修会 (「OPTIM事例検討会」)			6/25 (木) 19:00～21:00 「オピオイドの導入について」	7/29 (水) 19:00～21:00 「オピオイドの増量、オピオイドローテーションについて」	
	看護師向け研修会				〈リンパ浮腫セミナー〉 7/11 (土) 10:00～16:00 「リンパ浮腫ケア概論～リンパ浮腫ケアの現状、流れ、看護の位置づけ」	〈リンパ浮腫セミナー〉 8/8 (土) 10:00～16:00 「婦人科がん術後リンパ浮腫患者へのセルフケア指導」
	薬剤師向け研修会					
	ホスピス講習会					
地域緩和ケアのコーディネート・連携の促進	多職種連携カンファレンス (「地域カンファレンス」)			〈地域カンファレンス〉 6/10 (水) 18:30～ ①ミニレクチャー ②グループワーク ③全体討議		
	退院支援についての病院看護師と訪問看護師の合同研修会					「在宅の視点と退院支援・退院調整の課題」 長崎市立市民病院
	医療用麻薬作業部会	医療用麻薬作業部会		医療用麻薬作業部会		医療用麻薬作業部会
	がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへの診療所の医師の参加	長崎大学病院 毎週水曜日 13:30～15:30 長崎市立市民病院 毎週水曜日 17:30～20:00 長崎原爆病院 毎月第4金曜日 17:30～18:30				
	がん診療連携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在宅側スタッフの参加	長崎大学病院 毎週水曜日 16:00～17:00	長崎大学病院 毎週水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日 18:30～	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民向け講演会			〈市民公開講座〉 6/27 (土) 14:00～16:00 「がんの痛みを苦しまないで」		
システムの構築	地域運営委員会	4/21 (火)		6/22 (月)		
	コアリンクナースミーティング		5/28 (木)			

くの人が訪れた。  
 「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」に関するミーティングや勉強会も多く設定され、地域にもともと存在

した組織の他に職種別の組織が立ち上がり、職種を越えての連携がされるようになってきた。  
 「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」に関しては、

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
			12/3 (木) 19:00~21:00 「緩和ケア (医療用麻薬) 総論」「退院支援・調整について」		2/18 (木) 19:00~21:00 「緩和ケアを必要とする患者の退院支援・調整」	3/16 (火) 19:00~21:00 「緩和ケアを必要とする患者の退院前カンファレンス」
9/29 (火) 19:00~21:00 「呼吸困難等痛み以外の随伴症状、副作用対策、薬剤説明」						3/4 (木) 19:00~21:00 「消化器症状：輸液に関して」
(リンパ浮腫セミナー) 9/12 (土) 10:00~16:00 「乳がん術後リンパ浮腫患者へのセルフケア指導」						
	10/31 (土) 19:00~21:00 「在宅療養における薬剤師の役割と実際」					
		11/10 (火) 19:00~21:00 「長崎のホスピス・緩和ケア病棟の現状と地域における役割」 11/26 (木) 19:00~21:00 「在宅ホスピスと地域づくり—かあさんの家の活動を通して」 ホームホスピス宮崎 市原 美穂氏			2/20 (土) 14:00~16:00 「新しい緩和ケア—いのちと暮らしを支えます」 聖路加国際病院 林 章敏氏	
				(地域カンファレンス) 1/30 (土) 16:30~ 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い、共有する		
			「退院支援・退院調整について (OPTIMの取り組みから)」 聖フランシスコ病院		「介護保険サービスについて」「介護保険・主治医意見書の書き方」 日本海員救済会病院	
	医療用麻薬作業部会		医療用麻薬作業部会		医療用麻薬作業部会	
長崎大学病院 毎週水曜日 13:30~15:30 長崎市立市民病院 毎週水曜日 17:30~20:00 長崎原爆病院 毎月第4金曜日 17:30~18:30						
長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日	長崎大学病院 毎週水曜日 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日
適宜						
	(市民公開講座) 10/17 (土) 14:00~16:00 「がん哲学とがん哲学外来」 順天堂大学医学部病理・腫瘍学教授 樋野 興夫氏					(市民公開講座) 3/27 (土) 14:00~16:00 「がんと共に生きる」 立花 隆氏
	地域運営委員会		地域運営委員会		地域運営委員会	
	10/5 (月)			1/25 (月)		

地域緩和ケアチームのメンバーに医師1名と介護支援専門員が新たに加わって、活動が続けられた。

d) プロジェクト3年目の活動の概要(表3)

2010年度は、長崎がん相談支援センターと地域緩和ケア

表3 年間活動計画(2010年度)

	名称	4月	5月	6月	7月	8月
緩和ケアの技術・知識の向上	多職種向け研修会(「多職種事例検討会」)		5/20(木) 19:00~21:00 「サービス担当者会議」(ロールプレイ) 模擬事例・グループワーク	6/15(火) 19:00~21:00 パネルディスカッション 「緩和ケアを必要とする患者の在宅移行と治療(実際の症例を通して)」		
	医師向け研修会(「OPTIM事例検討会」)			6/10(木) 19:00~21:00 「鎮痛補助薬とNSAIDsの使い方」	7/30(金) 19:00~21:00 「せん妄の捉え方とその対応—事例を通して」	
	看護師向け研修会					
	ホスピス講習会					
	施設職員向け研修会		5/19(水) 19:00~21:00 講演「緩和ケアとはつらさを和らげること?」	6/23(水) 19:00~21:00 パネルディスカッション 「緩和ケアの実践のために~長崎での取り組みを紹介」	7/22(木) 19:00~21:00 講演「有料老人ホームでの取り組み」「グループホームでの取り組み」	
地域緩和ケアのコーディネート・連携の促進	多職種連携カンファレンス(「地域カンファレンス」)					(地域カンファレンス) 8/5(木) 19:00~ ①取り組みの報告 ②グループワーク ③全体討議
	退院支援についての病院看護師と訪問看護師の合同研修会				「事例を用いた退院支援・退院調整の具体的な方法についてのグループワーク」 長崎市立市民病院	
	医療用麻薬作業部会	医療用麻薬作業部会	医療用麻薬作業部会			
	がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへの診療所の医師の参加	長崎大学病院 毎週水曜日 13:30~15:30 長崎市立市民病院 毎週水曜日 17:30~20:00 長崎原爆病院 毎月第4金曜日 17:30~18:30				
	がん診療連携拠点病院の地域医療連携室ハイリスカンファレンスへの在宅側スタッフの参加	長崎大学病院 毎週水曜日 16:00~17:00 長崎市立市民病院 毎月1回水曜日 18:30~	長崎大学病院 毎週水曜日			
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	地域緩和ケアチーム	適宜				
がん患者・家族・住民への情報提供	市民向け講演会				(市民公開講座) 7/3(土) 14:00~16:00 「がん治療最前線—手術によらぬ新たな取り組み」	
	患者・家族向け講演会		(セルフケアアップ講座) 5/15(土) 14:00~16:00 「がん療養における食事のヒント」	(セルフケアアップ講座) 6/5(土) 14:00~16:00 「コンチネンスケアについて」		
システムの構築	地域運営委員会		5/13(木)		7/29(木)	
	コアリンクナースミーティング		5/11(火)			



職員向け研修会が3回開催された。第2回目には、施設でのケアの現状や課題について、多職種によるパネルディスカッションが行われた。

「がん患者・家族・住民への情報提供」として、市民公開講座に加えて3回シリーズのセルフケアアップ講座が開催され、講義やパネルディスカッションが行われた。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」として

は、引き続き「地域カンファレンス」として多職種向けのカンファレンスが開催された。毎回ファシリテーターを置き、課題別のグループワークが行われた。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」に関しては、地域緩和ケアチームの活動に加え、長崎がん相談支援センターによる出張研修が行われた。



# プロジェクトの4本柱ごとの記録

## 1) 緩和ケアの技術・知識の向上

### a) マニュアル・症状評価ツール

長崎地域では、3年間に、ポケット版の緩和ケアマニュアルである『ステップ緩和ケア』が累計3470冊、ステップ緩和ケアの実践が映像で示されたDVD『ステップ緩和ケアムービー』が累計587部配布された(図3)。症状ごとに作成された患者・家族用パンフレットは累計29682枚配布され、苦痛の系統的な評価シートである「生活のしやすさに関する質問票」は累計1540枚配布された(図4)。患者・家族用パンフレットでは、「これからの過ごし方について」「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「がんの痛みが心配なとき」の使用頻度が高かった(図5)。

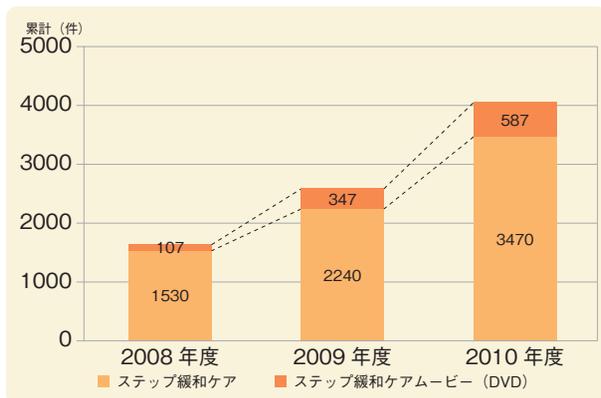


図3 ステップ緩和ケア・ステップ緩和ケアムービーの配布数

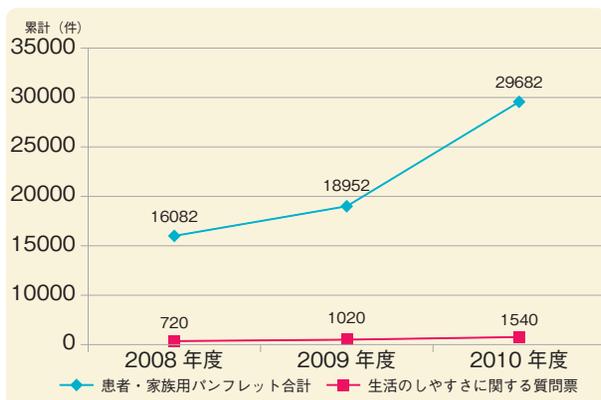


図4 患者・家族用パンフレット、評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」の配布数

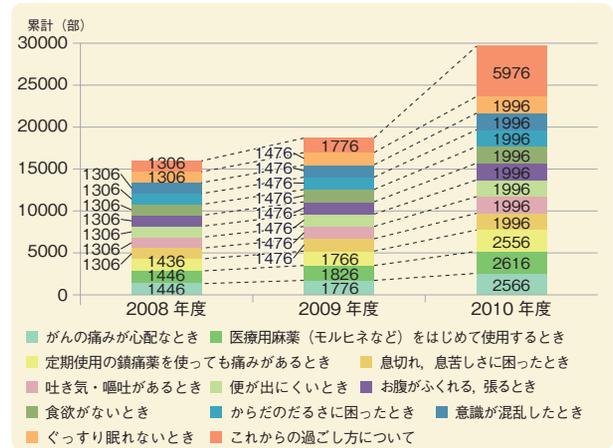


図5 患者・家族用パンフレットの種類ごとの配布数

DVD『ステップ緩和ケアムービー』『家族・患者用パンフレット』各種評価ツールは、2008年4月、プロジェクト協力施設(リンクスタッフが所属する医療福祉施設)に一斉に配布された後、事例検討会などでもセットとして配られた。『ステップ緩和ケア』については、医師を中心に医療従事者対象の各講習会などで最も多く配布され、講義の中でも使用された。「ポケットサイズで持ち運びしやすい」「アルゴリズム方式で使いやすく解説も分かりやすい」という声が多く、研修会に参加していない病院医師・看護師、訪問看護師から発注の希望が多かった。県外からの問い合わせもあり、希望者にはそのつど配布した。

患者・家族用パンフレットの中で最も多く使われたのが、「これからの過ごし方について」だった。

## プログラムの進め方

「これからの過ごし方について」は、医療従事者に限らず、介護支援専門員などの福祉従事者対象の研修会でも使用した。研修前には在宅で最期を迎える患者に対し、「これからどうなっていくのだろう」という不安が強かったが、研修後には、「最期のときをあまり怖がらずに、患者や家族に説明できるようになった」

という意見が多く聞かれた。医師からも、患者・家族への説明時に使いやすいとして評価が高かった。

## b) 緩和ケアに関するセミナー

長崎地域では、3年間に、OPTIMが企画した緩和ケアに関するセミナーが合計52回開催され、参加者は延べ2824名であった(図6)。参加者の33%が看護師であり、26%が医師、13%が薬剤師であった。このほかに、OPTIM以外の実施主体が企画した緩和ケアに関するセミナーとして、把握できたものとして合計23回のセミナーが開催され、参加者は延べ1222名であった(図7)。また、都道府県とがん診療連携拠点病院が行う「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が合計8回行われ、参加した医師は延べ212名であった(図8)。

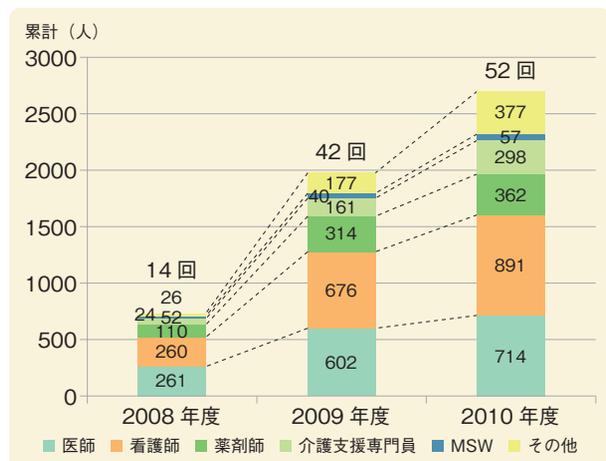


図6 OPTIMが企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数



図7 OPTIM以外が企画した緩和ケアセミナーの回数・参加人数

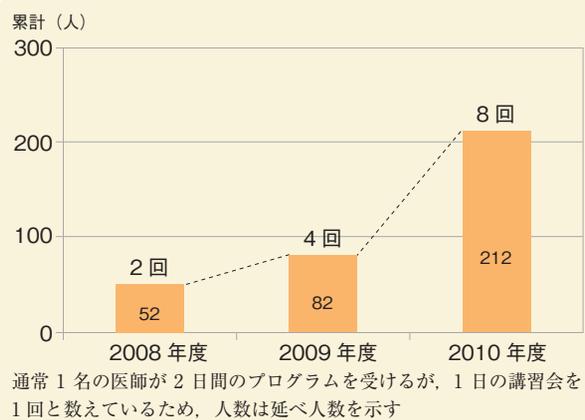


図8 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の回数・参加人数

## e) 2008年度

2008年度の緩和ケアセミナーは、全体での多職種対象の「臨床教育プログラムワークショップ」と「退院支援・調整プログラムワークショップ」を行った。

4月24日に臨床教育プログラムワークショップが、『ステップ緩和ケア』の解説を目的に、筑波大学の木澤義之氏を招いて行われた。この研修会には、リンクスタッフの医師・看護師・薬剤師を中心に、240名が参加した。

内容としては、プログラム内の各ツールの解説と使用方法についてのレクチャー後、左右の参加者同士が医師役・患者役となり、実際の診察場面を想定したロールプレイで、疼痛評価や疼痛緩和の提案、患者への説明などを具体的に経験した。

また、6月19日には、聖路加看護大学の山田雅子氏を招いて、退院支援・調整プログラムワークショップが行われた。医師、看護師、薬剤師に加え、ケアマネジャーら約275名が参加した。プログラムでは、退院支援・調整の概念や、作成された「退院支援・調整スクリーニングシート」「アセスメントシート」「退院カンファレンスシート」「退院シート(患者・家族用)」の使用方法などについて、講義が行われた。

## e) 2009年度

2009年度の緩和ケアセミナーは、医師向け(医師向け研修会「OPTIM事例検討会」)および多職種向け(「多職種事例検討会」)として、緩和ケアについて、実際の事例を中心に研修会や検討会が開催された。

### (1) 医師向け研修会(「OPTIM事例検討会」)

主に診療所医師向けとして、年間4回開催された(図9)。まず、『ステップ緩和ケア』に沿ってオピオイドの導入や増量、ローテーション、副作用対策や、呼吸困難・消化器症状・せん妄などへの対応をテーマに、講義が行われた。その後、実際の事例が提示され、グループによる検討、「患

者・家族用パンフレット」や「生活のしやすさにする質問票」『ステップ緩和ケア』などのツールを使用しての解説という構成で行われた。事例提示は、診療所の医師1名あるいは2名によって行われ、次に、長崎市民病院や日本赤十字社長崎原爆病院の緩和ケア担当の医師や看護師によって各種ツールが紹介された(図10)。質問紙調査では、「講義中のスライドに『ステップ緩和ケア』のページ数が示されていて分かりやすい」「終末期の実際の症例を聞きたい」などの声が聞かれ、3回目の調査では、約80%の参加者が「今後、がん医療に参加してみたいと思う」と回答した。



図9 医師向け研修会

まとめ(一般的な「おさらい」を含む)

- 呼吸困難は、「呼吸時の不快な感覚」
- 酸素投与は、低酸素血症がなくとも実施することがある
- 生命予後が数週間と考えられる例では輸液減量を考慮
- ステロイド、モルヒネ and/or 抗不安薬の併用を考慮する
- モルヒネ (and/or) 抗不安薬は、症状が穏やかであれば屯用から開始する
- 治療抵抗性の苦痛に対する鎮静は、副次的なもの、次いで間歇的なものを試み、最後に持続鎮静を考慮
- 持続鎮静を行う場合には、緩和医療学会のガイドラインを遵守する(適応の判断と説明に関しては、特に丁寧に)

今夜の学習内容と目標

1. NSAIDsの効能・副作用・使い方や選択法
2. ステロイドの効能・副作用・適応の判断の仕方
3. 各種鎮痛補助薬の特徴・副作用・使い方と効果判定法

↓

上記について理解・習得することで、オピオイドと各種薬剤の適切な併用による鎮痛法が可能となり、患者さんのQOLのさらなる向上が期待出来る

図10 医師向け研修会で使用されたスライド

### (2) 多職種向け研修会(「多職種事例検討会」)

多職種事例検討会は、緩和ケアの技術・知識の向上に加えて、退院支援や地域連携の強化を目的に、12月3日に第1回が実施された(図11)。第1回の内容は、緩和ケア総論として、医療用麻薬と退院支援・調整についての講演が行われた。参加者の職種は、医師、看護師、薬剤師、介

護支援専門員、医療ソーシャルワーカーと多岐にわたった。開催後の質問紙調査では、参加者の約95%が、研修会が今後の診療やケアに役立つと答えた。同様に、2月、3月にも1回ずつ開催された。



図11 多職種事例検討会

### (3) リンパ浮腫セミナー

看護師向けリンパ浮腫研修会は、7月から9月にかけての3回シリーズとして「概論」「婦人科がんにおけるリンパ浮腫」「乳がん術後リンパ浮腫患者へのセルフケア指導」が実施された(図12)。1日のスケジュールは、10時~12時が講義、13時~16時半が実技と、前年度より実技に多くの時間が割り当てられた。



図12 リンパ浮腫セミナー

### (4) 薬剤師向け研修会

10月31日には、緩和ケアにおける薬剤師の役割について理解してもらうことを目的に、「在宅療養における薬剤師の役割と実際」というテーマで薬剤師向け研修会が開催された。長崎市医師会館を会場として開かれた研修会では、福岡大学病院緩和ケアチームの薬剤師による講演「コミュニケーション、それは患者さんと医療者をむすぶ架け橋」が行われ、次に、実際に地域で訪問薬剤指導を行っている保険薬局の薬剤師による「薬と共に安心を届けるー薬剤師の行う在宅緩和ケア」と題した講演が行われた。広報は市・県の薬剤師会に依頼され、保険薬局の薬剤師を中心に、市内から108名、市外から27名が参加した。講演終了後には、

「医療用麻薬の管理・取扱いに関する部会」が作成したDVDが配布された。

### (5) ホスピス講習会

11月10日には、多職種を対象とした第1回ホスピス講習会が開催された。まず診療所の医師による「ホスピスの歴史」についての講演、次にホスピス病棟を有する病院の医師による「長崎のホスピス・緩和ケア病棟の現状と地域における役割」についての講演が行われた。その後、参加者によるグループワークが行われ、ホスピスケアをテーマに話し合われた。参加者は、医師、薬剤師、介護支援専門員、看護師など多職種で、合計85名であった。

11月26日には、第2回が行われ、在宅ホスピスを可能にする地域づくりとして、宮崎市での実践活動が、ホームホスピス宮崎理事長の市原美穂氏より、「かあさんの家の活動を通して」というテーマで紹介された。看護師や介護支援専門員など99名が参加した。講演後の質問紙調査では、「安心して暮らせる地域をつくりたいという熱意と行動力、行政を巻き込む戦略的な活動、また、かあさんの家で実際に生活されている高齢者の様子などに感動や啓発を受けた」という感想が多く寄せられた。

第3回は、ホスピス・緩和ケア啓発・教育活動の集大成として、2月20日に聖路加国際病院・林章敏氏を講師に迎え、「新しい緩和ケア—いのちと暮らしを支えます」と題した講演会が開催された(図13)。地域の医師による「長崎における緩和ケアの現状」についての講演も行われ、看護師をはじめ、介護支援専門員、医師や薬剤師など、264名が参加した。



図13 ホスピス講習会

## ◎ 2010年度

### (1) 医師向け研修会(「OPTIM 事例検討会」)

2009年から継続して、医師向けの緩和ケアセミナーは2回行われ、毎回約30名の医師が参加した。

### (2) 多職種向け研修会(「多職種事例検討会」)

2009年から継続して、多職種事例検討会は、第4回が5月に、第5回が6月に、第6回が11月に開催された。模擬事例を中心に、「緩和ケア」と「退院支援・調整」を現場に即した方法で学ぶことに重点が置かれ、ロールプレイやグループワークが取り入れられた。

### (3) ホスピス講習会

第4回目は10月26日に開催され、視点を変え「リビング・ウィルについて考える」をテーマに、事前に行った一般市民や医療従事者へのアンケートをもとに「医療従事者として知っておきたいリビング・ウィル」が取り上げられた。参加した46名でのグループワークが行われた。

### (4) 施設職員向け研修会

2010年度からは、今後、多死の時代を迎え、施設で亡くなる人が大幅に増えていくことを視野に入れ、「施設職員向け研修会」が開始された。

まず、介護・福祉施設での緩和ケアや看取りの現状把握を目的に、長崎市内の介護・福祉施設の職員および施設代表者を対象とした質問紙調査が実施された(資料2)。その結果、「緩和ケア」という言葉を4分の3が知っているなど、施設職員の緩和ケアに対する関心は非常に高かったが、「患者を看取った経験がある」との答えは約48%と半数以下で、その場所の多くが病院であることがわかった。また、緩和ケアについての講習会を望む声も高かった。

講習会で取り上げてほしい内容としては、「患者本人への対応、精神的ケア」が73%、「家族への対応、精神的ケア」が54%、「看取る際の心構え」が49%、「緩和ケアについて」が47%であった(図14)。そこで、介護・福祉施設職員を対象に、「つらさに寄り添い支え合うために」をメインテーマに3回シリーズの研修会が実施された(図15)。

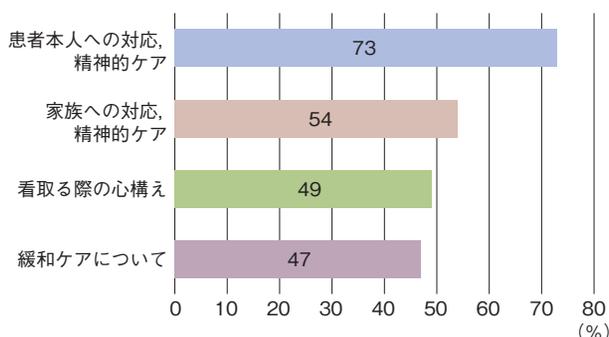


図14 施設職員向け研修会でとりあげてほしい内容



図 15 施設職員向け研修会の様子

第1回は、2010年5月19日、「今、施設で取り組む緩和ケア・緩和ケアとはつらさをやわらげること?」というタイトルで実施された。まず、前述の質問紙調査の調査結果が参加者に解説され、続いて、長崎市立市民病院緩和ケアチームの医師による講演「緩和ケアとは?」、長崎医療センターの精神科医による講演「つらい気持ちの捉え方」が行われた。参加者は、介護老人福祉・保健施設、グループホームなどの介護職を中心とした100名だった。研修会後の質問紙調査では、研修内容への高い評価と共に、現状では医療依存度が高くなった段階で入居者のほとんどが入院し、そのまま病院で亡くなっている現状と、施設でケアしたくともできないさまざまな状況の記載が見られた。

第2回は、6月23日、「緩和ケアの実践のために」をテーマに開催された。前回の研修会の質問紙調査結果のフィードバックが行われ、施設の緩和ケアについて、「施設」「家族」「医療連携」「職員」の4つに課題のあることが確認された。施設の問題としては「方針が定まっていないことへの不安」「24時間常駐看護師の不在」、家族の問題としては「家族の医療に対する依存の高さ」、医療連携の問題としては「入居者や家族へのきちんとした説明がされないままに亡くなる」、職員の問題としては「看取りに対する職員のスキルがまちまち」「ターミナルケアや看取りは怖いという意識が強い」などが挙げられた。

その後、長崎のグループホームの責任者、介護老人福祉施設の管理者、訪問看護ステーションの看護師、施設へ往診している診療所医師から、実際の施設での緩和ケアへの取り組みの紹介と現状の課題についてパネルディスカッションが行われた。終了後の質問紙調査では、「長崎でも先駆的に取り組んでいる施設があると知り驚き、刺激になった」「このような研修会はとても効果的」と答える参加者が95%を超えるなど評価は高かった。また、1回目の質問紙調査の自由記載では「～ができていない」という課題表現が多かったが、2回目は「～したい」という前向きな記載が多かった。

第3回は、7月22日に「緩和ケアの実際：施設での取り

組み」として、福岡県で緩和ケアや看取りを積極的に行っている有料老人ホームとグループホームの管理者および介護責任者による、実践活動の講演が行われた。

以上から、施設での緩和ケアや看取りを可能にするための、「施設の理念や看取りへの指針を決定すること」「家族との信頼関係を構築すること」「ターミナルケアや看取りができるような物理的環境や人などの環境を整備すること」「職員は理念に立ち戻ること」「患者家族を含むチーム力を強化すること」「緩和ケアに対する知識やケア力をつけること」「生活支援者としてのプロ意識を持つこと」の重要性が確認された。

## プログラムの進め方

2008年度に行った臨床教育ワークショップの医師の参加率が非常に低かったことから、医師が参加しやすいよう、2009年度からは参加者を医師に限定した「医師向け研修会」を企画した。プロジェクト参加診療所医師と緩和ケアチーム医師が持ち回りで講師を務め、資料づくりも行った。緩和ケアの基本から始め、オピオイドのローテーションや、精神的苦痛への対処など、事例を複雑にしていきながら、継続して開催した。広報は医師会を通して行い、毎回500～600通の案内状を送付した。開催日は、木曜日を休診日としている診療所が多いため、主に木曜日の夜に設定した。回により、参加人数は10～30人と幅があったが、参加者は徐々に増えてきた。参加者からは、非常に勉強になったという声が聞かれた。

多職種事例検討会では、第2回目以降、在宅療養に向けた緩和ケアと退院支援・調整をテーマに、グループワークを行った(図16)。「事例について学ぶ」とし、第2回では「緩和ケアを必要とする患者と家族の退院支援・調整」をテーマにした寸劇を行った。運営委員会でシナリオを作成し、当日はそれぞれの職種の役割を演じた。シリーズで、3回に分けて、患者や家族の退院から在宅療養までの流れをたどるシナリオとし、寸劇を見たあと、自分たちにどういった支援ができるかを、多職種(第3回以降は同職種)のグループで話し合うグループワークを行った(資料3)。グループワーク終了後には職種の代表者に前へ出てもらい、運営委員会の寸劇と同様のものを、グループワークをふまえて演じてもらった。これは、演じた人の自信にもつながったようだった。第3回は「退院前カンファレンス」、第4回は「サービス担当者会議」を

テーマとし、第5回はまとめとした。

- ・院内カンファレンス（ステップ1）  
まず、患者の意向と今後の病態予測も含め、在宅療養の可能性について、主治医を含め院内カンファレンスを開催する。
- ・退院前カンファレンス（ステップ2）  
日時設定や当日の進行は、退院調整に沿って連携室看護師が担当する。
- ・退院カンファレンスシート（医師用・看護師用）と退院シートを準備する。
- ・司会者は、参加メンバーが自由に発言できる雰囲気をつくる。
- ・各職種によって、分からない言葉や内容については、遠慮せずに質問する。
- ・継続が必要な医療ケア、緊急時の対応策、連絡先、患者・家族の不安に対する解決策を優先してメンバーと確認する。
- ・所要時間を確認して実施する。
- ・記録をとり、お互い加算請求を忘れないようにする。

図16 退院前カンファレンス開催のポイント

施設職員向け緩和ケア研修会は、案内チラシで第1回～第3回を同時にアナウンスした。2回目では、長崎での緩和ケアの取り組みに関する講演が行われたが、評価が非常に高く、同じ地域での活動を聞くことにより、現状や今後の方向性などが施設職員によく伝わったようだった。

### c) 長崎地域独自の取り組み

#### ㊦ がん診療連携拠点病院研修会

長崎大学病院、長崎市立市民病院、日本赤十字社長崎原爆病院の3つのがん診療連携拠点病院による「PEACE」プログラムが、OPTIMプロジェクトの協力のもとで開催された。

#### ㊧ 出張緩和ケア研修

2008年、地域の医療福祉従事者の知識・技術の向上に加え、「相談の敷居」を下げて緩和ケア専門家への紹介を容易にすることを目的に、出張緩和ケア研修が開始された。研修を希望する病院の医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどを対象に、地域緩和ケアチームの緩和ケア専門家によって実施された（図17）。

2008年度から2010年度までに、出張緩和ケア研修の希望のあった病院にて計5回の研修が実施され、地域緩和ケアチームのメンバーにより、緩和ケアやOPTIMプロジェクト全般の説明に加え、在宅での痛みの治療、訪問看護、がん患者の退院支援・調整などについての講義が行われた。



図17 出張緩和ケア研修

2008年度に開催された3回（参加者70名）については、終了後に質問紙調査が行われた。出席者はいずれも看護師の割合が68%と最も高く、続いて薬剤師、理学療法士、医師など、多職種だった。勤務場所は、病院がほとんどであった。「緩和ケアについて、全体の流れがわかって勉強になった」「長崎の緩和ケアへの取り組みと医療用麻薬についての知識が深まった」など、講義への満足度が高かったことがうかがえた（表4）。

表4 出張緩和ケア研修の評価

有用性	とても役に立つ	39%
	役に立つ	49%
	少し役に立つ	10%
分かりやすさ	とても分かりやすい	44%
	分かりやすい	51%
時間	ちょうどよい	75%
	長い	15%
	短い	10%
内容	ちょうどよい	83%
	もっと発展的なほうがよい	12%
	もっと基本的なほうがよい	3%

## プログラムの進め方

出張緩和ケア研修を行った医療施設のうち2病院では、研修を連続して行ったため、院内での緩和ケアに対する意識が高まったようだった。あわせて、地域緩和ケアチームの案内として、「地域緩和ケアチームのご案内」パンフレットを作成し、配布した。地域緩和ケアチームによるコンサルテーションでは、必要に応じてアドバイスをを行うが、原則として診療は行わないことなど、地域緩和ケアチームの利用方法についての内容も説明した。

### ◎他の組織と共催・後援した緩和ケアに関する研修会

さまざまな水準、機会での緩和ケアの教育の機会を設けるために、積極的に他の組織で行われる緩和ケアセミナーを共催・後援して開催した。たとえば、以下のようなものが行われた。

#### (1) 長崎地域連携懇話会

長崎地域の終末期医療の充実のため、病院・在宅・ホスピスの連携を目指して、主に医師、看護師などが研修会やフォーラムなどを開催している組織である。2008年6月21日、「オピオイドを使用している患者への適切な緩和ケアの提供」をテーマに、医師を中心とした参加者に看護師も加わり、症例を用いたロールプレイとグループワークが行われた。

#### (2) 長崎在宅 Dr. ネット症例検討会

2003年から活動を開始している認定NPO法人。長崎市市内を中心に、在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行い、24時間対応、診診連携、在宅主治医の斡旋などを行う。実際に在宅移行した患者について、かかわった多職種が報告と検討を行う症例検討会が、年に1~2回開催されている。

2009年7月9日、「在宅での看取りを実感できた二症例一家族を支えた在宅主治医のホンネ」をテーマに共催された。Dr. ネットの事例について、病院主治医、在宅医、連携室看護師、訪問看護師、介護支援専門員など、かかわった職種がその内容と経過を報告し合い、問題点が共有された。当日は、医師、看護師、介護支援専門員など157名が参加した。

#### (3) 長崎緩和ケアセミナー

長崎県医師会承認の生涯教育講座で、長崎県緩和ケア研究会と製薬会社との共催で長年続けられている。

2008年度は「緩和医療におけるこころの問題とその対応」、2009年度は「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア」、2010年度は「末期がん患者へのスピリチュアルケアの実際—患者とのコミュニケーション」をテーマに講演が行われた。また別途、2008年度と2009年度には「緩和ケア」を題材としたパネルディスカッションや事例検討も行われた。

#### (4) 病診連携フォーラム in 長崎

長崎市医師会が共催する病診連携フォーラムである。

2008年10月18日、医療・福祉従事者を対象に、プロジェクトの説明と、尾道市医師会会長による「患者本位の地域医療連携と在宅医療」と題した講演が行われ、216名が参加した。

## 2) がん患者・家族・住民への情報提供

### a) リーフレット・冊子・ポスター

OPTIM 啓発のための資料としては、リーフレット、冊子、ポスターが用意された。長崎地域では、3年間の累計で、リーフレット6270部、冊子5231冊、ポスター3135枚が配布された(図18)。

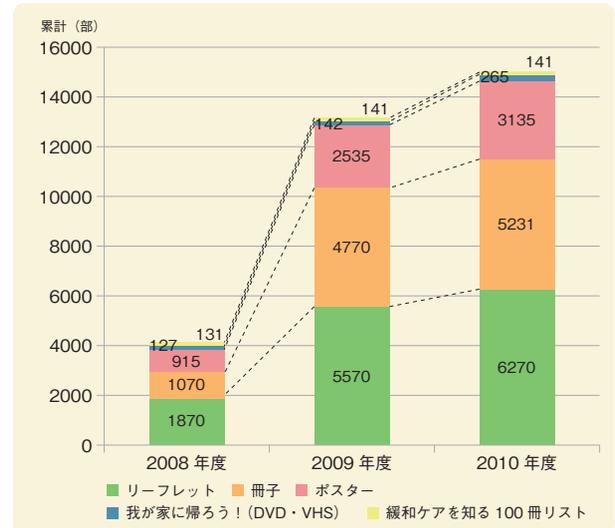


図18 リーフレット・冊子・ポスターなどの配布数

リーフレット・冊子・ポスターの配置は、2008年4月には、長崎市内の医療福祉関連施設182カ所(診療所78カ所、歯科診療所1カ所、病院17カ所、訪問看護ステーション10カ所、居宅介護支援事業所20カ所、地域包括支援センター1カ所など)、公共施設としては、市役所、行政センター、高齢者ふれあいセンター、社会福祉協議会に配布された(表5・図19)。さらに、冊子やリーフレットは毎回市民公開講座でも配布された。

表5 リーフレット・冊子・ポスターの設置施設数(2011年3月現在)

医療機関	168
福祉・介護施設	20
公的機関	2
その他	1
合計	191



図 19 リーフレットやポスターの設置

## プログラムの進め方

リーフレット・冊子・ポスターは、運営委員、コアリンクナース、またはリンクスタッフの所属する施設、医師会会員宛に、長崎がん相談支援センターから一斉配布を行った。行政関係には、数カ所に提示をお願いした。

ポスターは、2008年度は研究班本体から配布されたものを使用したが、運営委員会の検討で「緩和ケアのイメージがしにくい」「文字数が多くメッセージが伝わりにくい」などの意見があり、2009年度は、4枚のポスターを4部構成にして3カ月に1回貼り替えるようにした(資料4)。2010年度は、イラストも文章も長崎地域独自のものを作成して同様に配布した(図20)。



図 20 2010年度のポスター

## b) 映像メディア

DVD『我が家へ帰ろう』は、入院患者が家に帰れるという安心感をもてることを目的につくられた。リーフレット・冊子と同様、運営委員、コアリンクナース、またはリンクスタッフの所属する施設を窓口として配布された。そのほか、市民健康講座開始前の20~30分、会場で上映された。

## c) 図書「緩和ケアを知る100冊」

「緩和ケアを知る100冊」は、2008年度、長崎市立市民図書館、長崎大学病院、日本赤十字社長崎原爆病院、長崎市立市民病院、長崎がん相談支援センターの5施設に設置された(図21)。

設置にあたっては、独自に管理が必要な市立図書館を除き、100冊にナンバーシートと貸出カードを貼る、貸出簿を作成して配布するなどの作業が、長崎がん相談支援センターから出向いて行われた。さらに2009年には、ホスピス病棟のある聖フランシスコ病院、朝永病院にも追加設置された。また、長崎がん相談支援センターに設置した100冊は移動ワゴンに陳列し、市民健康講座や健康イベントの際、ロビーやテント内で自由に見られるようにされた。

## d) 講演会

### e) 市民公開講座

市民を対象とした緩和ケアの講習会として、長崎地域では長崎市医師会市民健康講座がOPTIMとの共催で3年間の累計で8回開催され、3843名が参加した(図22)。



図 21 「緩和ケアを知る100冊」の設置

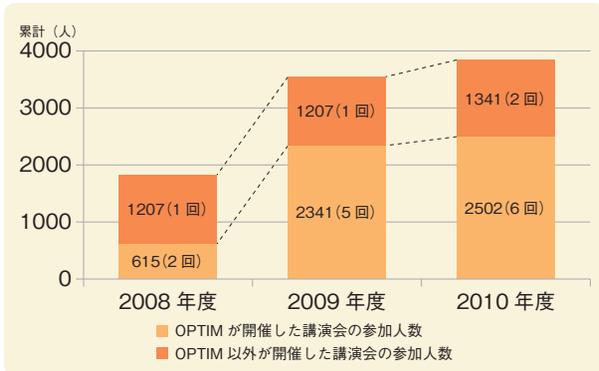


図 22 OPTIM と OPTIM 以外が開催した市民対象講演会

【2008 年度】

5月24日、長崎市医師会館にて OPTIM 市民公開講座第1回目（第14回長崎市医師会市民健康講座）が開催され、一般市民217名、医療従事者214名が参加した。「がんの痛みに苦しまないで—住みなれた家、住みなれた長崎で」というテーマで、がんの告知や痛み止めについての講演が行われた（図 23）。

11月29日には、長崎市医師会館にて、「がんの痛みに苦しまないで—あなたの家にかえろう」と題した第16回長崎市医師会市民健康講座（OPTIM 市民公開講座第2回目）が開催され、一般市民71名、医療従事者113名が参加した。

【2009 年度】

6月27日、長崎医師会館にて「がんの痛みに苦しまないで」をテーマに、第19回長崎市医師会市民健康講座（OPTIM 市民公開講座第3回目）が開催され、一般市民119名、医療従事者67名が参加した。開催告知のポスターは、OPTIM に参加している医師が作成した講師の似顔絵イラストが使用された（資料 5）。

10月17日、長崎医師会館にて、「がん哲学とがん哲学外来」と題した第20回長崎市医師会市民健康講座（OPTIM 市民公開講座第4回目）が開催された。一般市民85名と、医療従事者65名が参加した。

3月27日、長崎ブリックホール・大ホールにて第22回長崎市医師会市民健康講座（OPTIM 市民公開講座第5回目）が開催された。講師に立花隆氏を迎え、「がんと共に生きる」をテーマに開催された講演会には、約1500名が参加した。

【2010 年度】

10月16日、長崎市医師会館にて、「がん検診・治療から緩和ケアまで—がんになっても前向きに生活するために」と題した第26回長崎市医師会市民健康講座（OPTIM 市民公開講座第6回目）が開催され、一般市民108名、医療従事者53名が参加した。

2008年度から2010年度までに OPTIM が開催した市民公開講座は6回行われたが、毎回質問紙調査を行った。その結果、講演会を知ったきっかけは、「病院・診療所のチラシ・ポスターを見て」が最も多く、参加者の立場は、一般市民と医療従事者の割合が回によって変化した。講演会終了後には、がんの在宅療養が可能だと答える一般市民が増え、医療用麻薬への抵抗感も低くなっていた（図 24）。

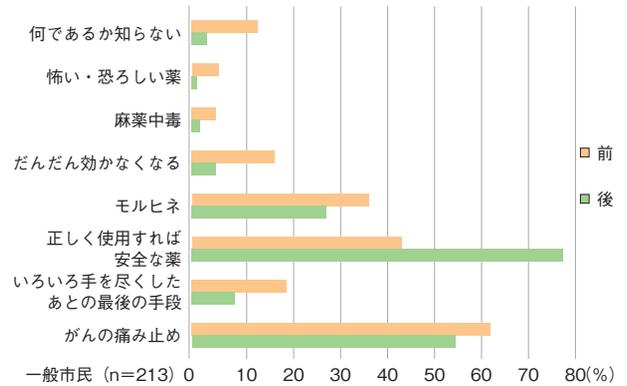


図 24 講演会前後での「医療用麻薬」のイメージ

プログラムの進め方

OPTIM の市民公開講座は、もともと長崎市医師会が年に4~5回開催していた市民健康講座のうち、年2回を OPTIM との共催でがんや緩和ケアに関するテーマを扱うかたちにした。したがって、広報もリンクスタッフを経由した各施設へのアナウンスに加えて、医師会の市民健康講座と同じ手段により、医師会広報誌に開催告知を掲載したり、後援団体の1つである長崎県看護協会が毎月発行している協会便りにチラシを同封してもらったりした。また、後援する長崎市の広報誌『広報ながさき』にも開催予告を掲載した。行政機関には、チラシやポスターを持参し配布をお願いしたり、行政からのアプローチで了解の得られた老人会の会合にうかがい、案内を行ったりした。

さらに、OPTIM を広く知ってもらうための工夫として、通常、医師会の開催する市民健康講座では後援団体とならない、「長崎県がん診療連携協議会」や「長崎緩和ケア研究会」「INK-G（長崎緩和医療創薬開発・利用促進連携グループ）」「NPO らいぶながさき（運営委員でもある医師が主に市民に向けて緩和ケアやいのちについての啓発活動を行っているNPO）」などにも後援と広報を依頼した。

共催した市民公開講座第5回目では（第22回長崎市医師会市民健康講座）、講師が立花隆氏と



図 23 市民公開講座

著名人であることを前面に出し、新聞に開催予告を掲載したり、電車やバスに広告を出したりした(図25)。

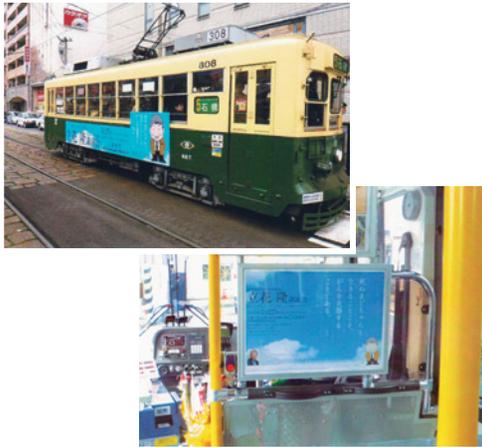


図25 市民公開講座の案内

### e) 地域メディア

2009年3月29日の長崎新聞に、長崎地域でのOPTIMプロジェクトを紹介した記事が掲載された。また、同年6月14日には、6月27日の市民公開講座開催を含むプロジェクトの紹介記事が長崎新聞に掲載された(資料6)。

### f) 長崎地域独自の取り組み

#### ㊦ がん患者・家族を対象とした講演会(セルフケアアップ講座)

がん患者・家族の、自己決定と生活の質を支えるための講演会として、2010年度、がん患者や家族を対象としたセルフケアアップ講座が3回シリーズで開催された(資料7)。

1回目は、5月15日に「がん療養における食事のヒント」をテーマに実施され、長崎市医師会の管理栄養士が講師を務めた。1時間の講演の後、グループに分かれて栄養士がつくった料理を試食しながら、食事に対する悩みや工夫などが自由に話し合われた(図26)。



図26 セルフケアアップ講座

第2回目は、6月5日、「コンチネンス(排泄)ケアについて」をテーマに実施された。講師は金沢大学の榊原千秋氏で、排泄に関するわかりやすい講演に加え、体操、実際のケア用品を手にとってみるなど、その日から役立てられる内容となるよう工夫されていた。

第3回目は、9月11日、「地域の仲間と共に支え合う島根のがんサロン」として、日本でのがんサロン発祥の地、島根県出雲市から「ちょっと寄ってみませんか」の代表佐藤愛子氏、保健センター内サロン・病院内サロンの代表者、島根県がん対策室の小豆澤氏の4名から、それぞれの立場での活動が紹介された。続いてパネルディスカッションが行われ、「サロン活動の実際と運用」について長崎へのエールが寄せられた。最後は、参加者全員が「手のひらを太陽に」のダンスを行い、和やかで元気の出る研修会が実施された(図27)。



図27 セルフケアアップ講座を伝える新聞記事

## プログラムの進め方

セルフケアアップ講座のお知らせは、緩和ケアセミナーや市民公開講座と同じ方法では、参加してほしいがん患者・家族に情報が届かないかもしれないと考え、患者会の代表者に電話や面会で趣旨を説明後に案内したり、がん診療連携拠点病院・一般病院の地域連携室、地域包括支援センターへ案内状を送付し、可能な限り個別に声をかけてもらうよう依頼したりした。また、がん診療連携拠点病院には、外来化学療法室へ案内状の設置を依頼した。その結果、1回ごとに全体参加者は増え(29名→43名→58名)、がん診療連携拠点病院のがんサロンに参加する人たちの間での口コミや、誘い合わせての参加が多くなった印象であった。

## ⑥啓発のためのグッズ

2009年度に、「OPTIM NAGASAKI」とロゴマークを入れたUSB（180部）、ステッカー（1000部）、エコバッグ（2000部）、ピンバッチ（2000個）、クリアファイル（500部）が作成された。エコバッグとピンバッチは市民健康講座やイベント、クリアファイルは研修会や講演会などで資料を入れて配布された。ステッカーは、リンクスタッフの所属する事務所に3枚ずつ配布され、玄関や窓に貼られた（図28）。



図28 作成されたステッカーやバッグ

エコバッグは、ロゴマークは目立つものの、布地が薄く実用性に欠けたため、2010年度には、厚めの布でマチのついたデザインにして新たに作成された。同時に、綿棒やカットパンをセットにした衛生用品もつくられ、市民健康講座や各イベントで市民を中心に配布された。

## ⑦市民対象健康イベントへの参加（健康長崎市民21）

2009年9月と2010年11月には、長崎市が開催する健康フェスティバル「健康長崎市民21」にOPTIMブースが設置され、長崎でのプロジェクトの取り組みや、『我が家へ帰ろう』のDVD上映、「緩和ケアを知る100冊」の紹介、冊子、リーフレット、オリジナルグッズの配布が行われた（図29）。

ブース内には、長崎がん相談支援センタースタッフや医師、看護師が待機して、参加している市民に対応した。2009年度は、オリジナルバッグなどの持ち帰りのみの参加者が多かったが、2010年度はブース内で活動内容やポスターに関心を示す人や、その場でがんや緩和ケア、在宅療養に関して、医師や看護師に相談する人の姿も見られた。



図29 健康長崎市民21の様子

## ⑧自治体単位の説明会

プロジェクトの目標から、地域住民の参加は不可欠であると考え、運営委員による地域の自治会連合会代表へ個別のアプローチが行われた。その結果、2008年6月2日には上長崎地区自治会連合会で、7月19日には矢の平老人会でプロジェクトの説明会が開催された（図30）。

内容は、参加者が高齢者であることを考慮し、「緩和ケアとは」「地域の中のがん相談支援センター」の説明を中心に行われた。矢の平老人会では説明に続き、DVD『我が家へ帰ろう』ダイジェスト版が上映された。これらは、同年5月に実施した市民健康講座「がんの痛みに苦しまないで—住みなれた家、住みなれた長崎で」を聴講した市民からの直接の依頼があり、実現された。さらに、2008年7月～8月にかけて、長崎市医師会と長崎市保健環境自治会連合会が情報交換する地域ふれあい懇話会の中で、プロジェクトの説明が行われた。



図30 自治会連合会での説明会

## ⑨既存の事業での講話・講座（特定高齢者介護予防事業の講話・高齢者教養講座）

長崎市が事業委託している、閉じこもり・うつ・認知症・運動機能の介護予防事業所（2カ所）と老人憩いの家の事業所（1カ所）から、緩和ケアに関するミニ講話の依頼があり、合計3回の講和が行われた（図31）。テーマはプロジェクトの説明を入れた「がんと緩和ケアのお話」であった。対象者は介護予防対象者と健康な高齢者とそれぞれ

に違いはあったが、どちらからも、がんの予防法や緩和ケアについての質問が多く聞かれた。



図 31 高齢者教養講座での講話の様子

### ①がん患者のための食事パンフレット作成

2009年度、運営委員である長崎市医師会の管理栄養士が中心となり、がん診療連携拠点病院、ホスピス病棟の看護師および訪問看護ステーションのスタッフ、がん患者・家族に対して「食事」に関する質問紙調査が行われた。この調査結果をもとに、長崎県栄養士会・長崎栄養ケアステーションの協力も得て、2010年4月末、『在宅療養における食事のヒント—がん療養中の患者さんを支える方々へ』がまとめられた(図32)。前半には「疾患や治療に伴う様々な症状別の食事のヒント」として、食欲不振、吐き気・嘔吐、口の中の問題などがある場合の食事の工夫がまとめられ、後半には、主食・主菜からデザートまで、食べやすいメニューが収録された。

パンフレット作成までには、試作や試食が繰り返された。運営委員やコアリンクナースにもメニューの写真が送付され、試食者が募られた。完成間近なものを、聖フランシスコ病院のがん患者と在宅患者、計15名ほどが試食したが、最も人気が高かったのは、レモン汁とビールを固めた「ビールゼリー」であった(図33)。パンフレットは2000部が作成され、



図 32 『在宅療養における食事のヒント』

5月に開催された「セルフケアアップ講座」の際やがん診療連携拠点病院などでも配布された。その後、3000部が増刷された。



図 33 ビールゼリー

## 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

### a) 緩和ケアに関する相談窓口

地域の患者・家族・一般市民や、関連機関からの緩和ケアに関する相談を受けるための窓口がつけられた。相談窓口へは、3年間で累計161件の相談が寄せられた(図34)。

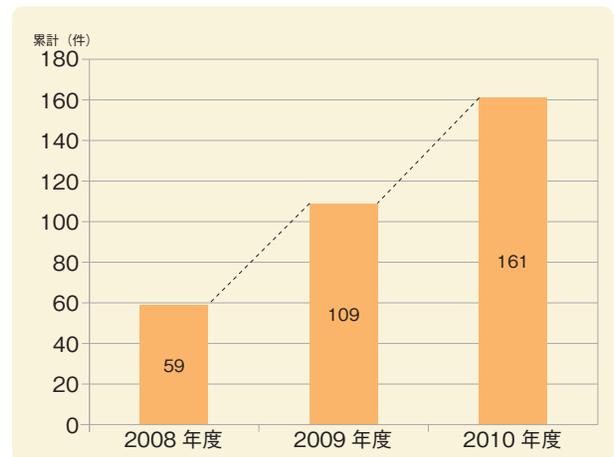


図 34 相談窓口への相談件数

長崎地域では、地域の相談窓口として長崎市医師会館内に「長崎がん相談支援センター」が設置された。緩和ケアを必要とする患者に入院早期からかかわることや、早期退院を実現すること、また、在宅へのスムーズな緩和ケアの導入、地域全体の緩和ケアの体制構築が目的とされた。相談窓口としての機能のほか、地域緩和ケアチームによるコンサルテーションが行われた。窓口の開設をアウンスするため、案内チラシが作成された(資料8)。相談者の内訳としては、患者家族が半数以上と最も多く、次に患者本人が続いた。また、医療福祉従事者からの相談が20%を占め、拠点病院の相談支援センターと比べて際立っていた(図35)。

このように、地域(病院外)にある相談窓口の特徴や期待できる効果としては、「患者や家族が、入院・外来共に、

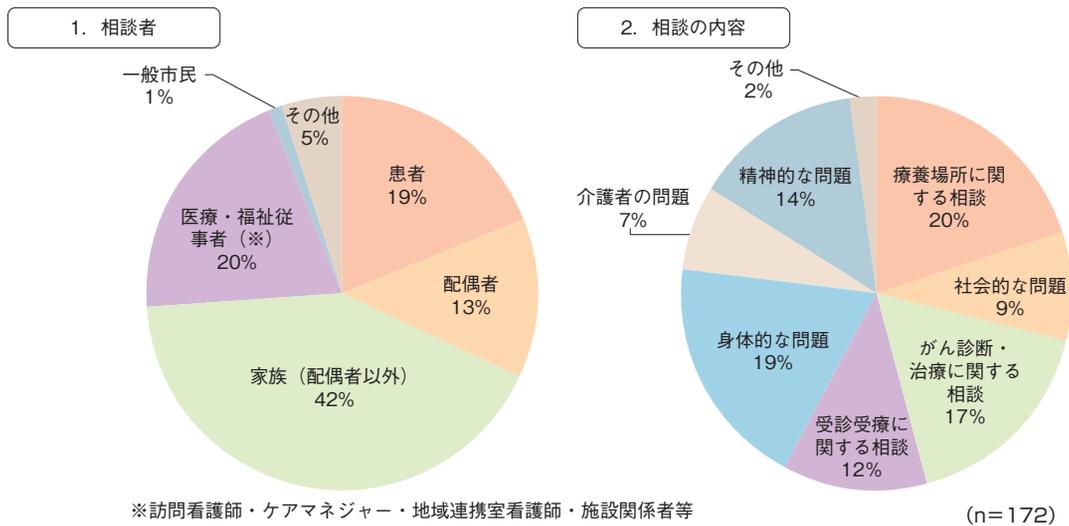


図 35 長崎がん相談支援センター相談の内訳

現在治療を受けている医療機関に関係なく相談ができる」「診断や治療に関する情報提供には、患者・家族の不安な気持ちを和らげ、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効果がある」「一般市民にとっては気軽に何でも聞ける場所になる」「患者や家族だけではなく、医療・看護・介護職種などケアにかかわる職種も相談できる」「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）」「連携機関にとっては相談内容が施設間でつながり、これに対応することで自院にかかっている患者や家族の不満感の予防・軽減になる」などが考えられた（資料9）。

## プログラムの進め方

長崎地域では、長崎市医師会内に「長崎がん相談支援センター」を置いた。その理由としては、①地域住民に最も近いところで相談に応じることが、本当の地域のニーズに近くなる可能性がある、②院内設置の相談支援センターでは、同施設で入院・治療している患者は行きにくく、地域の患者にとっては敷居が高い、③医師会に窓口があれば在宅移行や地域連携がしやすい、などが考えられたからである。

### b) 退院支援・調整プログラム

2008年度、OPTIM参加施設（長崎市内のがん診療連携拠点病院3施設、ホスピス病棟を持つ病院2施設、一般急性期病院3施設など、計9施設）の看護部長に、長崎がん相談支援センターの看護師から個別に、研究の概要説

明と、「退院支援・調整プログラム」「わたしのカルテ」の紹介が行われた。また、退院支援プログラムのフローと各シートに関しては、コアリンクナースミーティングの中で、長崎での運用案について提案された。導入にあたっては、各施設の現在の退院支援に関する取り組みに違いがあることから、必要に応じて使えるところからの導入を検討してもらうようにした。また、導入にあたり各施設看護師への研修会が必要な場合は、長崎がん相談支援センターから出向いて講義が行われた。たとえば、地域医療連携室はあったが、システムフローとしての退院支援・調整プログラムがなかった長崎市民病院では、スクリーニングシートを使ってのスクリーニングから取り組み、システム化が可能になった。

また、退院支援についての病院看護師と訪問看護師の合同研修会が継続して行われた（図36）。

「退院支援・退院調整」「地域連携の強化」のために、病院と在宅の看看連携や、在宅療養に関連した知識の向上を目的とした、研修会が開催された。これは、コアリンクナースの所属する病院や看護部の研修会の一環として、長崎がん相談支援センターの出張研修会というかたちをとり、2009年度から随時、退院支援・退院調整の具体的方法について、病院看護師と訪問看護師による、事例を用いたグループワークなどが行われた。

第1回は、2009年8月に長崎市民病院の看護部研修会「在宅の視点と退院支援・退院調整の課題」として、ホスピス病棟の現状、訪問看護ステーションの現状、OPTIMプロジェクトの取り組みが紹介され、53名が参加した。

第2回は、2010年12月に聖フランシスコ病院の看護部研修会「退院支援・退院調整について（OPTIMの取り組みから）」として、退院支援システムと支援方法が、ツール



図 36 退院支援についての合同研修会の様子

を用いて講義された。26名が参加した。

第3回は、2010年2月に日本海員掖済会長崎病院の院内研修会として、「介護保険サービスについて」「介護保険・主治医意見書の書き方」が取り上げられ、48名が参加した。

第4回は、2010年7月に長崎市立市民病院看護部研修会で、「事例を用いた退院支援・退院調整の具体的方法についてのグループワーク」をテーマに、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者の退院支援と家族看護について、コアリンクナースである訪問看護師6名と長崎がん相談支援センターの看護師1名がファシリテーターを務め、病院看護師49名とのグループワークおよび発表が行われた。まとめとしては、長崎がん相談支援センター看護師による「事例を家族看護の視点から」についてのミニレクチャー後、各ファシリテーターによって、「退院支援・退院調整のポイント」と「在宅の視点」についてのコメントがされた。

第5回は、2011年2月に長崎市立市民病院の看護部研修会「退院支援と退院前カンファレンスの実際について」として、①模擬事例の寸劇と、退院支援の具体的方法のグループワーク、②模擬事例についてのグループ発表、③模擬事例の退院前カンファレンスについての寸劇、が行われた。ファシリテーターは、コアリンクナースである訪問看護師5名と、長崎がん相談支援センターの看護師1名が務め、病院看護師54名・薬剤師2名とのグループワークおよび発表が行われた。まとめでは、各ファシリテーターと長崎がん相談支援センター看護師による、発表に対するコメントが加えられた。

これらの研修会は、退院支援・調整について病院看護師と訪問看護師が共に事例検討を行う機会となった。参加者35名を対象とした質問紙調査では、80%の参加者がグループワークに満足であったと評価した(表6)。その効果として、「退院支援・調整プログラムを院内に取り入れることでシステムづくりができた」「地域医療連携室の院内での役割が明確になった」「介護保険申請数や退院前カンファレンスの開催数が増加し、在宅移行ケースの在宅看取り数が増加した」

「入院時スクリーニングの実施で、シート内に病棟看護師が患者の生活情報や課題を具体的に記載するようになった」「患者の退院や状態などについて、医師とカンファレンスする機会が増えた」などの意見が聞かれた。

一方、病院看護師からは、「日々の看護の中で、在宅の視点が弱く退院後の生活アセスメントができていないことに気づいた」「退院指導は、患者の実生活に即したものでなければならぬと気付いた」「訪問看護や他職種の活動や役割を知ること、最後まで患者が望む生活できることが分かり、看護の意欲が高まった」「訪問看護師と顔の見える関係ができ、相談や情報提供を行いながら安心して患者の在宅移行を支援できるようになった」との声が聞かれた。また、訪問看護師からは、「終末期での在宅移行が増え、ステーションのマンパワー不足が深刻になってきた」「退院調整部門(連携室)の活動が活発になり、退院前カンファレンスが確実に開催されるようになったことで移行がスムーズになった」「患者や家族から病院を追い出されたという言葉が聞かなくなった」「病院に敷居の高さを感じなくてすむようになった」などの意見が聞かれた。

表 6 退院支援・調整プログラムのグループワークの評価

内容	よく理解できた	82%
	だいたい理解できた	18%
満足度	とても満足	79%
	満足	21%

(n = 28)

### c) わたしのカルテ

「わたしのカルテ」は、患者が自分の医療情報を持ち歩くことで、地域の医療者が情報を共有するためのツールの1つとしてつくられた。長崎地域では、3年間に累計1251冊が配布されたが、各施設での普及は進まなかった(図37)。

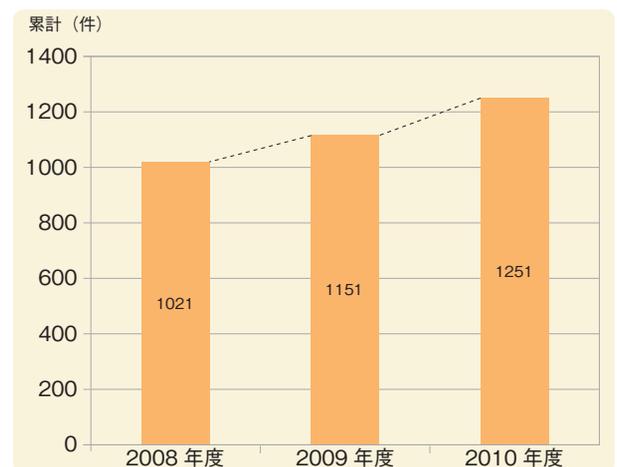


図 37 わたしのカルテの配布数

## プログラムの進め方

「わたしのカルテ」については、2008年度、退院支援・調整プログラムと併せて病院看護部への説明を同時に行った。コアリンクナースを中心に、各施設の看護部に運用方法を検討してもらい、院長や診療部への使用の提案を行った。提案の際、医師などに詳しい説明が必要な場合には、長崎がん相談支援センターの看護師が各病院へ出向いたが、「趣旨と意義は認められるが、現実には患者と主治医の理解も得られにくいだろう」という声が多く聞かれた。また、「患者への説明や、内容のフォローにかかる時間も負担であり、インセンティブもない」という声が多かった。そのため、当面は理解と協力が得られそうな患者に限り、倫理委員会で了解が得られた長崎市立市民病院、掖済会長崎病院、聖フランシスコ病院で、コアリンクナースに手渡してもらい、配布状況や意見・感想を把握してもらうようにした。

2009年度、配布をしていない病院から、「病院で運用規定をつくるのは困難であるため、プロジェクトで対象となる患者を特定してほしい」という意見が出された。そこで、プロジェクトで話し合い、配布対象者の規定を検討し、「わたしのカルテ」配布対象者アルゴリズムを作成した(図38)。また、患者・家族への説明に時間を要すとの声も聞かれたため、インストラクションを作成した(資料10)。配布の手順としては、コアリンクナースのミーティングで、アルゴリズム、インストラクションの説明を行ったのち、「わたしのカルテ」配布は、①主治医が患者に紹介、②同意が得られた患者に対し看護師が説明、という手順で説明を行うこととした。

しかしその後、使用した患者から、「書き込むことだけでなく、それを見られることへの抵抗がある」という声が聞かれたこと、医療従事者からも、「がんであることを意識させてしまうことで、患者がマイナスイメージを持つことを避けたい」などの意見があったことから、配布自体が進まなかった。

配布対象者

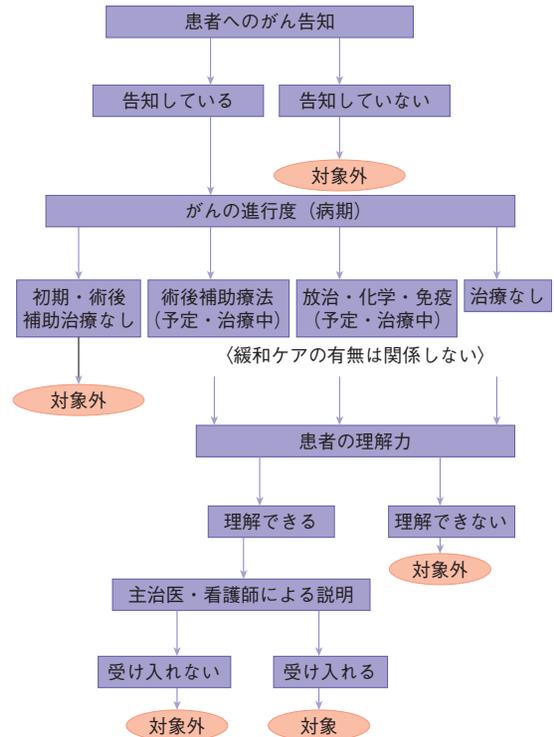


図38 「わたしのカルテ」対象者のアルゴリズム

### d) 多職種連携カンファレンス

連携の基盤となる「顔の見える関係」構築のために、長崎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4回開催され、延べ349名が参加した(図39)。職種では看護師が40%と最も多く、続いて介護支援専門員19%、医師15%、薬剤師14%の順であった。

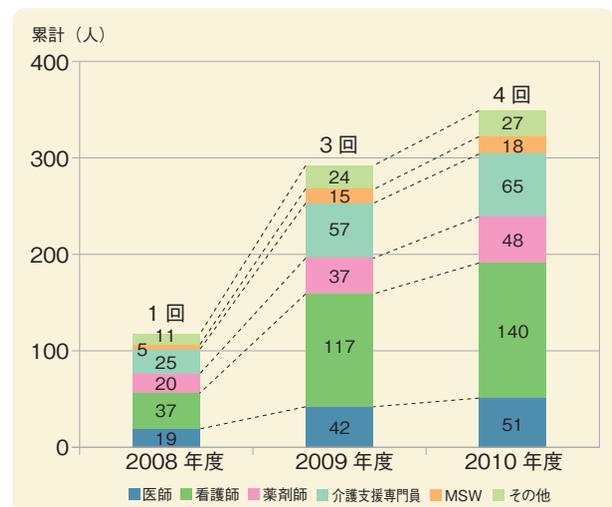


図39 多職種連携カンファレンスの回数と参加人数

## ㉑ 2008年度

### 【第1回地域カンファレンス】

第1回地域カンファレンスは、2009年3月26日（木）の19時より長崎市医師会館にて開催された（図40）。



図40 多職種連携カンファレンスの様子

第1回目の目的は、①長崎地域の緩和ケア・地域連携、プロジェクトなどに関する課題を把握し、その解決に向けた方向性を共有すること、②医師とリンクスタッフが顔を合わせ、現場での連携につながる交流の機会とすること、であった。プログラムとして、①長崎地域のプロジェクト進捗と取り組みについての報告、②職種ごとのグループワーク、③全体討議、が行われた。グループワークのテーマは、「長崎における緩和ケアおよびがん医療、地域連携、プロジェクトなどに関する課題と解決策」と設定され、5～8名で行われた。

## ㉒ 2009年度

### 【第2回地域カンファレンス】

第2回地域カンファレンスは、2009年6月10日（水）の18時半より長崎市医師会館にて開催された。テーマは、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ことであった。①「在宅の視点のある病棟看護の尺度」をテーマとしたミニレクチャー、②課題別・多職種によるグループワーク、③全体討議、が行われた。

終了後の質問紙調査では、「日頃の業務の中で問題点をみつけられるよう、積極的に緩和ケアに携わっていきたい」「仲間をつくることの重要性を感じた」などの意見が聞かれた。グループワークのテーマ・内容については、80%を超える参加者が「とても役に立った」「適当であった」と回答した。また、地域カンファレンスに継続して参加したいという声も70%を超えた。

### 【第3回地域カンファレンス】

第3回地域カンファレンスは、2010年1月30日（土）の16時半より、長崎市医師会館にて開催された。前回の地域

カンファレンスで見えてきた課題——「緩和ケアが必要な患者が適切にケアされていない」「患者の医療用麻薬への誤解がある」「介護力や経済的問題など在宅療養を阻む要因の解決が困難」「地域での医療用麻薬の配給システムがない」「退院支援と地域連携の開始が遅い」について、その解決策を多職種で話し合い、全体で共有し、次のカンファレンスと今後の活動の指針とした。

## ㉓ 2010年度

### 【第4回地域カンファレンス】

第4回地域カンファレンスは、2010年8月5日（木）の19時より長崎市医師会館にて開催された。前回の地域カンファレンスでのグループ発表が資料として配布され、これをもとに、課題の改善策のブレインストーミングが行われた。グループ発表では、「地域住民への啓発は行政とマスコミを使う」「地域ネットワークのラジオ番組をもつ」「患者・家族の本音を聞くための、ため息箱を設置する」「緩和ケアホットラインの設置」「医療福祉従事者のための長崎在宅リソースマップをつくる」「入院から退院、在宅療養までをたどるドラマを自作する」「在宅療養（看取り）手当をつくる」「地域連携コーディネーター医師、看護師をつくる」などのユニークな改善策が報告された。

## プログラムの進め方

グループワークは、第1回目は職種ごと、第2回目以降は多職種をグループにして行った。グループワークにはファシリテーターを置いた。

まず、多職種の代表が出席する「準備会」を開催し、グループワークのテーマや形式を検討した。参加者が増えるにつれ、「準備会」のメンバーだけではファシリテーターを担えなくなったため、準備会のメンバーが各職種に声をかけ、ファシリテーターを募った。徐々に、参加者の中でも特に積極的に関わってくれる人や意見を述べてくれる人が出てきたので、それらの人にもファシリテーターを依頼した。

第4回の地域カンファレンス開催前には、ファシリテーターにグループワークの進め方についてのレクチャーを実施した。回を重ね、「課題の抽出と改善策の議論の繰り返しばかりでは方向性が見えない」という参加者の感想もあったため、グループワークにブレインストーミングを取り入れるよう、ファシリテーターに説明した。

## e) リンクスタッフ

地域の医療、保健、介護などの関連機関との連携のため、プロジェクト開始にあたり、プロジェクトを理解したうえで参加・協力をしてもらおうリンクスタッフが募られた。2007年11月30日の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト説明会」に次いで、緩和ケアへの理解を深め、リンクスタッフとしての連携力を構築する目的で、多職種向けの地域連携講習会が2007年度には3回開催された(図41)。

講師は、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医師や、在宅看取りを行っている診療所の医師、薬剤師、ホスピス病棟の認定看護師や臨床心理士が務め、2月13日に「長崎地域の緩和ケアに関する取り組みの現状」、20日に「患者・家族とのコミュニケーション、言って欲しいこと、言っていないこと」、27日に「医療用麻薬を誤解していませんか?」をテーマにした講習会が開かれた。2008年度も同様に、7～8月にかけてDVD視聴を含めて行われた。2008年7月25日は、「この町で安心して暮らし続けるために～願いをかなえるための地域作り活動～」と題し、白十字訪問看護ステーション所長の秋山正子氏による講演が行われた。



図41 地域連携講習会の様子

リンクスタッフの所属機関と人数は、診療所78施設79名、薬局54施設65名、病院17施設93名、訪問看護ステーション9施設34名、居宅介護支援事業所20施設43名、地域包括支援センター2施設4名の計181施設319名である(2010年4月)。

## プログラムの進め方

リンクスタッフは、医師を「地域緩和ケア連携医師」、他の職種を「地域緩和ケアリンクスタッフ」として区別した。医師は「リンク」や「スタッフ」といういい方に違和感があるという理由のためである(本報告書では、他地域と合わせてリンクスタッフと表記した)。

## f) 長崎地域独自の取り組み

### ③がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスへの診療所の医師の参加

診療所の医師や長崎がん相談支援センターの看護師が、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンスに定期的に参加する取り組みが行われた(図42)。

目的は、①患者・家族が今後どのように過ごしたいと考えているのかを診療所医師が病院スタッフと共有する、②在宅療養を望む患者・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ために緩和ケアチームが橋渡しを行えるようにする、③医療依存度が高くても在宅療養を可能にする方法について病院医師に具体的に情報提供する、の3つであった。2008年度より、長崎大学病院、長崎市立市民病院は毎週水曜日、長崎原爆病院は毎月第4金曜日に、約1時間開催された(資料11)。

診療所の医師が緩和ケアチームカンファレンスに参加して見えてきた、がん患者を取り巻く医療の課題としては、①退院時期や退院時の状態が不明確、②化学療法におけるギアチェンジの時期が不透明、③患者・家族と共に自宅での生活をイメージする時間や機会の不足、④在宅医療や在宅療養の現場・システムなどを病院スタッフがつかめていない、⑤施設内の退院調整や在宅医療との連携の仕組みが整っていない、⑥介護力・住環境・経済的な問題により、在宅療養の選択が厳しい場合がある、⑦在宅移行後の医療費について具体的説明が困難、などがあった。

一方で、病院の緩和ケアチームの医師からは、「主治医や病棟看護師の参加が増え、在宅移行について在宅側とディスカッションする機会も増えた。それに伴い、OPTIMや在宅療養への関心も高くなっていると感じる」「看護師の『患者を家に帰したい』という意識が強くなっている」などの声が聞かれた。長崎大学病院の緩和ケアチームがかかわった



図42 緩和ケアチームカンファレンスへの診療所医師の参加

症例のうち、在宅移行患者は、2007年の7%から、2008年は15%、2009年は21%、2010年には22%へと増加した。

## プログラムの進め方

カンファレンスは、開催曜日や時間の問題で、診療所医師にとっては参加したくてもしにくいという意見が多かったが、病院主体のカンファレンスであることから、病院の開催日時に合わせて行った。

### ⑥がん診療連携病院の地域医療連携室ハイリスクカンファレンスへの在宅側スタッフの参加

がんに限らず、在宅移行や退院調整に多くの課題がある症例を病院側・在宅側スタッフが合同で検討するハイリスクカンファレンスが、在宅側からの提案により地域医療連携室主催で開始された。在宅側スタッフが定期的に参加し、具体的助言がなされるようになった(図43)。

病院側からは、地域連携室の医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなど、在宅側からは、診療所の医師・看護師、長崎がん相談支援センターのスタッフ、訪問看護師などが参加した。長崎大学病院では2008年9月より週1回、長崎市立市民病院では2009年6月より月1回開催され、在宅で可能な医療手技、在宅の医療資源情報、在宅医の情報などが共有された。長崎大学病院では月平均約6例が検討され、月平均3.5例の在宅移行が実現した。



図43 地域医療連携室ハイリスクカンファレンス

ハイリスクカンファレンスを開催した病院の地域医療連携室の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーからは「在宅に向けたさまざまなアレンジや方法があることが理解できた」「在宅医と訪問看護師が参加するので、その場で在宅に向けた調整ができ効率的」などの声が聞かれた。こうした在宅移行経験の積み重ねから、日々の退院支援や調整がスムーズとなり、徐々にハイリスクとして上げられる患者の数は減少し

てきている。

### ⑦在宅かかりつけ医を紹介するシステムについて

緩和ケアチームや地域医療連携室のカンファレンスに、在宅医や訪問看護師が参加してカンファレンスを行う中で、患者の在宅移行に際し、受け皿となる地域の在宅医療を行うかかりつけ医が少ないという課題があがってきた。そこで、かかりつけ医を増やすことを目的に、リンクスタッフである医師(地域緩和ケア連携医師)83名(うち40名は長崎在宅Dr. ネット連携医と重複)に、改めて、在宅かかりつけ医が少ない現状と、かかりつけ医としての役割を依頼する旨が文書で送付された。

同時に、依頼する場合の流れとして、①長崎がん相談支援センターが、がん診療連携拠点病院などから依頼の相談を受ける、②患者情報を所定のフォームに記載し、地域緩和ケア連携医師にメールで送り、医師の手あげを待つ、③情報提供にあたっては、事前に患者説明を行い、了承のうえ同意書にサイン(印)をもらう、④情報提供後は、手あげした医師を依頼先病院に伝え、相談者に提示してもらう、⑤主治医の決定は提示を受けて相談者が行う、などとされた(資料12)。

患者の情報を提供するフォームには、患者・家族が「どのような医師を求めているか」を記載する欄がつけられ、医師の選択に患者・家族の意向も反映されるよう工夫された。実際にこのような流れで依頼したケースが3例あったが、入院前までのかかりつけ医との関係などがあり、スムーズな決定に至らないことが多かった。また、終末期や医療依存度の高い患者の場合では、すでに在宅診療を行っている長崎在宅Dr. ネット以外の医師で手あげする医師はなく、在宅療養の受け皿としてはなかなか広がらなかった。

### ⑧保険薬局での医療用麻薬取り扱いシステムの構築

麻薬の処方が増加し、訪問薬剤指導のニーズや廃棄処分の依頼も増加されると考えられたため、薬剤師2名、医師4名からなる作業部会(医療用麻薬管理取扱いに関する作業部会)が立ち上げられた。

作業部会の取り組みとして、①医療用麻薬リーフレットの作成、②DVD『訪問薬剤指導のスズメ薬剤師の方へ』の作成、③在宅に必要な医療用薬剤(麻薬を含む)、機材の供給や廃棄システム(長崎市医師会方式)の構築、④薬剤師会向け研修会、⑤訪問薬剤指導における調査などが実施された。

2008年度に、不要となった医療用麻薬の薬局への持ち込みを患者・家族にすすめるためのリーフレットが、長崎市薬剤師会の協力も得て作成された(図44)。薬袋添付用のはがきサイズ7000枚と、患者・家族への説明と配布のためのA4サイズ7000枚がつけられ、長崎市内約350の保険調剤薬局に配布された。

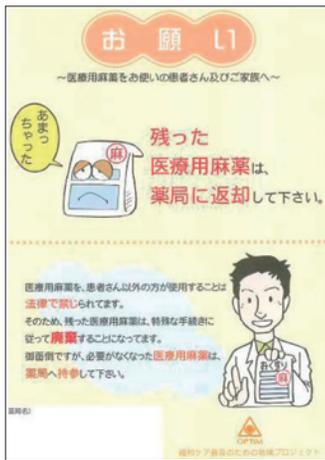


図 44 医療用麻薬リーフレット

2009 年度は、DVD の作成に多くの時間があてられ、12 月に完成した (図 45)。DVD は二部構成で、一部では訪問薬剤指導を進める実際の手順が、二部では実際の廃棄の手順が解説されている。長崎市内約 350 の保険薬局に配布された。また、長崎で開催された日本医療薬学会で申し込みのあった約 90 名に配布され、ブースでも上映された (図 46)。学会の性格上、保険薬局の職員は少なく、大学薬学部教員など教育関係者や病院薬剤師が約 60% を占めた。



図 45 『訪問薬剤指導のススメ』

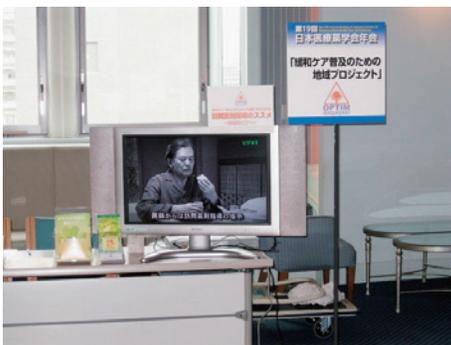


図 46 日本医療薬学会でのブース

2010 年度は、長崎市薬剤師会会員の保険薬局薬剤師 310 名と、DVD を請求した約 90 名を対象に、質問紙調査が実施された。その結果、訪問薬剤指導の実施状況については、「長崎市内で現在訪問薬剤指導を行っている、あるいは過去に行ったことがある」薬剤師は約 20% であり、この 1 年間に医療用麻薬の調剤を行った薬剤師の約 80% が、現在訪問薬剤指導を行っている薬剤師であることがわかった。また、医療用麻薬リーフレットについては、患者への説明時に「とても役に立った」「役に立った」との回答が 80% を超えた。DVD を見たことで「訪問薬剤指導を始めた」、または「始めようと思ったが、条件が整わなかった」との回答が約 40% であった。

## プログラムの進め方

DVD のシナリオ作成にあたっては、薬剤師に、「訪問薬剤指導はそこまで大変なことではないんだ」「自分にもできるかもしれない」と思ってもらうことを第一の目的とした。麻薬の撮影が薬事法に抵触しないかどうかが問題となったため、長崎県保健福祉部薬務行政室に協力を依頼し、アドバイスを受けた。

医療用麻薬リーフレットと DVD についての質問紙調査を行う際には、調査会社に質問紙をつくる段階から相談し、解析しやすい質問紙を作成した。それまで、質問紙調査は解析だけを外部に依頼していたが、「何を知りたくて行う調査なのかを明確にしたほうがよい」との意見があり、初期段階から調査会社を交えて議論を行った。

長崎地域における医療用麻薬管理取扱いに関する作業部会の活動の意義は、在宅緩和ケアの普及による訪問薬剤指導の必要性を、薬剤師だけでなく、医師、看護師、介護支援専門員などの職種に伝えることができたことである。薬剤師にも、自身の役割についての意識の向上がみられた。

## 在宅療養にかかる費用の簡易計算表および自己負担軽減の制度について

2008 年度から 2010 年度にかけて行われた、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム、地域医療連携室ハイリスクカンファレンスの中で、患者・家族が在宅療養を選択しにくい要因には、「在宅療養にかかる経済的負担がある」という意見が多かった。しかし、実際には在宅療養にかかる費用や負担金額の概算などは行われておらず、在宅療養にかかる医療費についても、関係者でも統一した説明ができないと

ということがわかった。そこで、在宅療養のサービス内容や量を想定して概算が可能な「簡易計算表」と、「各制度のフローチャート」が同時に作成された（資料13）。しかし、実際に制度を利用するためには、煩雑な手続きを誰が行うかという運用面での課題があった。

## プログラムの進め方

2009年度から、長崎大学病院地域医療連携室の医師と医療ソーシャルワーカー、薬局薬剤師、在宅医療を担う診療所の医師、長崎がん相談支援センターの看護師と医療ソーシャルワーカーが取り組んだ。まず、実際の在宅療養に要する費用内容について、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、薬局薬剤師に聞き取りを行い、①訪問診療にかかる医療費、②訪問看護費、③薬剤費の3つの項目で概算が可能な計算表（試作版）を作成した。

次に、2010年度には、OPTIMプロジェクトの4地域の計16カ所の病院で試作版の試験的運用を行い、アンケートの意見をもとに改訂を重ねた。簡易計算表には、当初、現場で使用頻度が高いものだけを項目として入れていたが、試験使用後、それ以外の項目も多く追加した。さらに、病院・在宅の双方の関係職種から、「どういう場合にどの医療費を算定できるのか、その内容も含め解説がほしい」という意見があり、追加した。さらに、医療に係わる制度のフローチャートは、公費負担や高額療養費、福祉医療費など、共通するものについての解説を入れ、作成した。自己負担の委任払いや貸付に関しては、各地域差があることが分かった。

2011年には、完成品として専門業者で製品化した。

### ① 既存のネットワークの利用

長崎地域では、OPTIMプロジェクトの開始前後から、診療所医師、保険薬局、訪問看護ステーションのネットワークがあり、プロジェクトでも活動の中心となった。

#### (1) 長崎在宅 Dr. ネット

長崎在宅 Dr. ネットは、一般診療所が無理なく在宅医療を請け負うための、相互の連携による負担軽減を目的として、2003年3月に発足した。在宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者にメンバーの中から在宅主治医、副主治医を紹介する組織である（図47）。主治医が学会や旅行で不在の

際に、必要があれば、副主治医が往診にかけつけることができ、在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現はもとより、主治医・副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点がある。Dr. ネットには、会員154名（正会員71名、準会員83名）の医師が所属している。

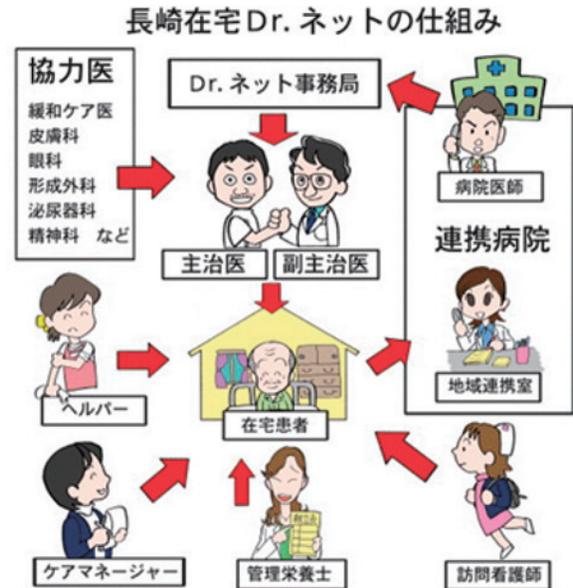


図47 長崎在宅 Dr. ネット

#### (2) 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）

訪問薬剤指導の受け入れ態勢の整備、長崎在宅 Dr. ネットとの連携をとりながらの在宅訪問活動、一人薬剤師でも協力しながら活動できる仲間づくりを目的として、2008年度に立ち上げられた。総会員数35名（病院薬剤師6名、開局薬局薬剤師20名、勤務薬剤師8名など）である。

#### (3) ナースネット長崎（長崎市訪問看護ステーション連絡協議会）

長崎市訪問看護ステーション連絡協議会の活動のひとつとして、2008年度に12施設で発足し、14施設が登録している。目的は、「小規模な訪問看護事業所が共同して事業を行い、活動を内外に広報するとともに、看看（病院看護師と訪問看護師）連携の促進、および訪問看護の質向上と事業の経営安定を図る」ことである。事務局は長崎市医師会内に設置されている。

主な取り組みとして、① Webサイトを開設し、新規受け入れ状況を開示、② 共通マニュアル（注射指示書、インフルエンザ対策など）の作成や、看護連携用紙・在宅療養支援診療所との契約書を作成、③ 看看連携強化のために、退院前カンファレンスの恒常化や、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームカンファレンス・ハイリスクカンファレンスへ参加し、在宅の視点を伝える、などが行われた。

成果として、① 病院連携室や居宅介護支援事業所から、

訪問看護に繋げる時間が短縮できたと評価された（50～60件/月のアクセス数）、②共通マニュアルの作成により、情報の共有化や個々の事業所の負担軽減と看護レベルの均一化が図れた、の2点が挙げられた。

#### (4) 訪問看護ステーション利用者のプロットによる連携促進の取り組み

長崎市訪問看護ステーション連絡協議会と共同で、長崎市市内と周辺の各訪問看護ステーション利用者の分布調査、およびステーション管理者へのインタビューが実施され、現状のステーションの実態と問題点が明確にされた。

まず、研究主旨に同意が得られた16ステーション（全ステーション数22）の、2010年9月30日時点の利用者に関する情報（住所、依頼の経緯、訪問看護の医療・介護保険種別）と、訪問看護ステーションの情報（設置主体、常勤換算人数、24時間緊急体制加算の有無、重症管理加算の有無）が収集され一覧表とされた。利用者情報を地図上にプロットし、各ステーションの全利用者の80%をカバーするエリアがそれぞれ円で表された。

結果、①訪問看護ステーションと利用者は長崎市内に集中していること、②利用者は、ほぼステーションの設置場所周辺に分布しているが、どのステーションにも遠方の利用者があること、③ステーション利用者がいない地域があること、が分かった。

次に、プロット結果の情報をもとに、ステーションの現状についてのグループインタビューが実施された。10名の管理者を2つのグループに分けて行われた。しかし、設置主体を含め各ステーションの特徴があり、それによりステーションの問題にも違いがあるため、訪問看護師不足はどのステーションでも同様であるものの、短期で実現可能な改善方法は見出せなかった。

## 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39件であり、電話・E-mailによるものが22件、出張によるものが17件であった（図48）。

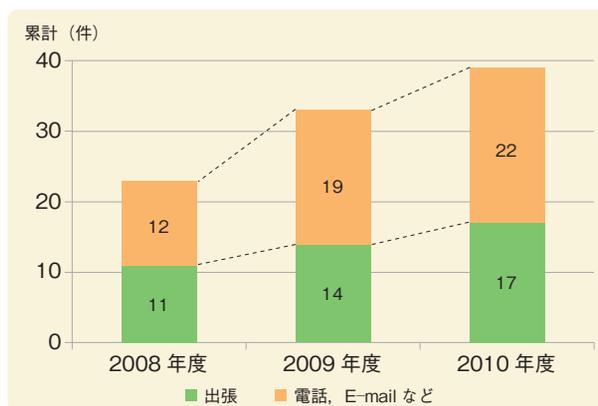


図48 地域緩和ケアチームへの相談件数

2008年度に、長崎市市内の複数の医療施設からメンバーを選定した「地域緩和ケアチーム」が設置された。同4月には「地域緩和ケアチームのご案内」のパンフレットが作成され（資料14）、各講習会に参加した受講者に対して配布された。また、医師会会員に対し、医師会旬報で広報され、緩和ケアチームの紹介と利用が呼びかけられた。

2008年度に開催した「臨床教育プログラムワークショップ」で実施された地域緩和ケアチームに関する質問紙調査によれば、回答した医療従事者のうち約60%が地域緩和ケアチームによるコンサルテーションを受けたいとしていて、利用ニーズは高いと考えられた（図49）。

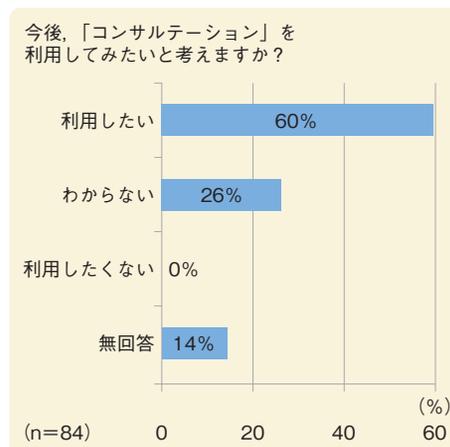


図49 地域緩和ケアチームのニーズ

2008年4月から2010年12月までの地域緩和ケアチームコンサルテーションの相談内容としては、痛みやオピオイドの使用、不眠、せん妄に関するものなどがあった（資料15）。しかし、全体としては、コンサルテーションの依頼件数は少なく、理由として、「利用者に地域緩和ケアチームの存在が知られていなかった」「存在は知っていても、どのようなときに利用すればいいのかわからない人が多かった」ことが考えられた。また、プロジェクトチーム側の問題として、複数の医

療施設にまたがってのチーム編成だったため、機敏な対応が困難だった点が挙げられた。逆に、緩和ケアセミナーなどで、すでに顔の見える関係ができていたため、地域緩和ケアチームを通さずとも直接相談ができるようになっていたとも考えられた。

## プログラムの進め方

地域緩和ケアチームのメンバーは、長崎市内のがん診療連携拠点病院3施設の緩和ケアチームの医師および薬剤師、ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院の医師、在宅診療にあたる医師、長崎市薬剤師会会長、長崎がん相談支援センターの看護師および長崎市医師会訪問看護事業所所長、精神科医2名、臨床心理士、管理栄養士とした。2009年度からは、一般病院で緩和ケアに関わっている医師1名、介護支援専門員1名が新たに加わり、総勢19名のチームで活動を行った。

問い合わせの窓口は長崎がん相談支援センターが担い、対応を地域緩和ケアチームに引き継いだ。依頼者はまず「緩和ケアチーム依頼シート」に記入し、長崎がん相談支援センターにFAXおよびE-mailで提出する。それを受け、地域緩和ケアチームが「緩

和ケアチーム登録シート/初期アセスメントシート」に記入し、フォローアップ終了後に必要事項をすべて記入し、長崎がん相談支援センターへ送付する仕組みとした。

コンサルテーションの1例は、在宅での看取りを地域緩和ケアチームが支援した。その後、在宅医や訪問看護師のほか、患者が入院していた病院の緩和ケアチームの医師・看護師も参加してデスクカンファレンスを行った。患者に関わった多職種の医療従事者全員で振り返りまでできたことで、参加者の満足度は高かった。また、別の1例では、一般病院に地域緩和ケアチームが赴いて支援したが、地域緩和ケアチームが介入していること、具体的にどの病院から、何の職種、誰が、何時頃、何のために来訪するのかを病棟の職員にきちんと伝えられていなかったことで、最初の段階で良好な関係が築けなかった。この点は依頼をした連携室看護師と地域緩和ケアチームのコーディネート役の看護師双方の反省点であった。

### b) アウトリーチプログラム

該当する活動は行われなかった。

## 〔長崎地域・資料〕

資料 1

事業計画

① 3年間の事業計画

長崎市医師会

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」事業計画

目標

2007年4月に施行されたがん対策基本法の第16条には、「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行なわれるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」があげられている。すなわち、早期からの緩和ケア導入と在宅医療連携の促進の必要性が謳われている。今回、長崎市医師会が「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」に関わることになった。3年間の介入で、日本に合う緩和ケアの地域モデルを作ること目標とする。そのために、早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの強化を重層的に整備する。

その際、可能な限り、自宅以外の在宅の場も広げ、かつ家族以外の介護力の確保についても十分な配慮と対策を考慮する。長崎市医師会に設置した長崎がん相談支援センターを中心に以下のことを推進していく。3年間の介入終了後は、緩和ケアに限定することのない、地域医療の相談支援センターとして磐石な実績を上げ、医師会事業として永続運用を行うことができるように成果を上げることを目指す。

2008年度	年間目標	プロジェクトの目的をみなさん（市民・患者・家族・医療従事者・関連職種）に周知する1年！
	目標項目	1) 市民への啓発と緩和ケアに対する意識の向上（初期啓発、戦略の周知） ① 5月：市民公開講座「緩和ケア・戦略研究について」（武田文和先生、的場元宏先生ほか） ② 地域住民（患者・家族を含む）に対する広報活動への取り組み 定例会や小さな集会で周知していく（地域包括、自治体、民生委員、老人会） ③ 11月：「おかえりなさいプロジェクトについて」桜井隆先生（さくらクリニック）（在宅療養はそれほど難しいことではない、ということの啓発） ④ 介護保険事業所やケアマネなどリンクスタッフと協働したPRの継続 ⑤ イベント会場、自治体行事でのがんの出張相談 ⑥ 2009.1～3月に「がんと闘っている有名人」の講演会を開催 2) 長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームの役割の周知 3) 主治医を中心に病院医師への重点的啓発と教育 医局会などでの説明 4) 在宅スタッフへのがん医療・緩和ケアに関する初期啓発・教育 5) 病院内の医療・看護連携と退院支援・調整システムへの取り組み、強化 6) 患者を中心に施設から在宅への多職種連携と各役割意識の向上 7) 医療従事者の緩和ケアの技術向上 ① 拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加 ② 地域緩和ケアチームの運用による拠点病院持ち回りの症例検討会 （地域緩和ケアチーム介入ケース、在宅移行調整や移行困難ケースを、対象に関った職種で月1回の1時間程度） ③ 拠点病院以外への出前カンファレンス ④ 地域緩和ケアチームによるコンサルテーションと出張緩和ケア ・提供サービスの地域へのアナウンス ・連携医師、リンクスタッフの所属機関への相談依頼シートなどの配布 ・運用方法の構築（実際をみながら地域緩和ケアチーム内で効果的な運用方法を検討していく） 8) 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）・三年後完成 9) 長崎市の地域連携パスの作成・三年後完成 ・緩和（退院支援・調整が必要な患者）カンファ～地域連携室～がん相談支援センター～地域連携 10) サイコオンコロジーへの初期啓発・教育 11) 以上につき「評価」を行い、二年目へ
	年間目標	長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを、積極的に利用してもらう1年！
目標項目	1) 病院、在宅スタッフへのがん医療・緩和ケアに関する啓発・教育継続 2) 市民への啓発と緩和ケアに対する意識の向上 定例研修会の継続・出張がん相談・公開講座 3) 医療機関の退院支援・調整システムの整備と活用 コアリンクナースと相談支援センターの直接連携 4) 在宅への誘導（相談件数や退院調整、緩和ケアのニーズが高まる） 相談シートを用いて多岐に連携 緩和ケアカンファレンスに参加し、地域連携室と連動して、早期退院支援に在宅側として介入する 5) 医療従事者の緩和ケアの技術向上 ① 拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加 ② 地域緩和ケアチームの運用による拠点病院持ち回りの症例検討会 （地域緩和ケアチーム介入ケースで、在宅移行ケースや移行困難ケースを対象に関った職種で月1回の1時間程度） ③ 拠点病院以外への出前カンファレンス ④ 緩和ケアコンサルテーションと出張緩和ケア（往診、研修会） 6) 3) 4) 5) により在宅受け入れ医師の増加 （二年目に症例が増えてくと予測されるから、このときこれまで在宅を受け入れてなかった診療所に積極的に働きかけてもらう）。	
2010年度	年間目標	がんに限らず地域の様々な医療（施設・在宅）に関する相談窓口として、認知される1年！
	目標項目	1) 活動の集約と、がん医療・緩和ケアに対する具体的提言 2) 医療機関の退院調整システムによる地域・在宅へのスムーズな連携 3) 長崎の在宅医療総合相談窓口（長崎がん相談支援センターの継続）をめざす 腎戦略研究、Dr. ネット、ナースネットなどとの連携、他職種との地域連携など地域ネットワークシステムの構築 4) 施設差、地域差のない市民（患者）のための長崎の地域医療連携システムの構築 5) 市民（患者）の自己決定を支えるための医療機関の取り組みを情報公開

② 2008 年度

2008 年度年間目標								
プロジェクトの目的をみなさん（市民・患者・家族・医療従事者・関連職種）に周知する1年！								
目標項目								
1) 市民への啓発と緩和ケアに対する意識の向上				7) 医療従事者の緩和ケアの技術向上				
2) 長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームの役割の周知				8) 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）				
3) 主治医を中心に病院医師への重点的啓発と教育				9) 長崎市の地域連携バスの作成				
4) 在宅スタッフへのがん医療・緩和ケアに関する初期啓発・教育				10) サイコオンコロジーへの初期啓発・教育				
5) 病院内の医療・看護連携と退院支援・調整システムへの取り組み、強化				11) 以上につき「評価」を行い、二年目へ				
6) 患者を中心に施設から在宅へ多職種連携と各役割意識の向上								
年間教育プログラム								
月	日時	OPTIM	研修テーマ	形式	講師	対象者	担当者	備考
4	17日(木) 24日(木)	主催 主催	コアリンクナースミーティング ステップ緩和ケアガイド講習会		木澤 義之		吉原 平山	
5	24日(土)	後援	市民公開講座 「がんの痛みに苦しまないで。」				平山	
6	19日(木) 21日(土)	主催 後援	「退院支援・調整プログラム」ワーク ショップ 仮題：「在宅ケア・事例検討会」		山口 雅子 聖路加看護大学		吉原	ロアジュールホテル
7	9日(水) 25日(金)	主催 主催 主催	コアリンクナースミーティング 地域連携講習会（事例検討会） 「緩和ケアと多職種の役割」		秋山 正子（白十字 訪問看護 ST）		吉原、平山 Dr. ネット事務局	市立図書館多目的ホ ール
8	22日(金)	後援（原爆 HP）	仮題：がん患者の退院調整		宇都宮 宏子（京大 附属病院）			
9	6日(土)	主催 未定	コアリンクナースミーティング 緩和ケアセミナー					
10		主催 Dr. ネット	地域カンファランス講習会 「尾道市方式」		片山 嘉（尾道市医 師会長）			
11	29日 または 12月6日	主催	講演 「おかえりなさいプロジェクト」		桜井 隆（桜井クリ ニック）		吉原	
12		主催	コアリンクナースミーティング				吉原	
1			地域連携講習会 在宅医講習会（追加：ロールプレイ、ワ ークショップ） 「サイコオンコロジー」研修会			精神科 医師市		
2		主催？	コアリンクナースミーティング 持続皮下注研修会					
3		主催？県	仮題：講演「がんと向き合う」		アグネスチャン？			
備考								
☆「戦略研究のための在宅医講習会」の未受講医師研修会 （兼：がん診療に関わる医師に対する緩和ケア講習会） DVDによる講習会 9月 時間：19:00～21:00								
日付	2日(火)	3日(水)	4日(木)	5日(金)	16日(火)	17日(水)	18日(木)	19日(金)
内容	2回目	3回目	4回目	5回目	5回目	4回目	3回目	2回目
医師会の教室を一つ空けてもらう？ 担当者等の検討 ☆地域連携研修会の未受講者（リンクスタッフ就任予定者）については今後検討 出前研修（研究説明）： ☆上長崎地区自治体連合会 6/2 ☆介護予防事業所でのミニ講和 6/28（医師会） ☆その他特定高齢者向け講和（各包括エリア） ☆病院看護部 十善会 5/13 聖フラ 5/13 ☆聖フラ 5/28 仮 ☆光晴会病院看護部								

③ 2009 年度

長崎市医師会  
「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」2009 年度年間事業計画

目標

2008 年 4 月より始まった「緩和ケア普及のための地域プロジェクトは、3 年間の介入で、緩和ケアの地域モデルを作ることと目標とする。そのために、早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの整備、在宅可能な医療従事者への研修・教育を継続して続けていくとともに、初年度に手掛けたプロジェクトの周知の基盤を利用し、長崎がん相談支援センター及び地域緩和ケアチームを利用してもらうことを目指す。行政、患者会との交流を図り、利用者のニーズに即した援助を実現する。更に可能な限り自宅以外の在宅の場も広げ、かつ家族以外の介護力の確保についても十分な配慮と対策を考慮する。

本年度は、実り多い 2 年目とすべく活動し、3 年間の介入終了後は、緩和ケアに限定することのない、地域医療の相談支援センターとして磐石な実績を上げ、医師会事業として永続運用を行うことができるように成果を上げることを目指す。

2009 年度間目標 :

長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを積極的に利用してもらう 1 年！

目標項目

- 1) 病院、在宅スタッフへの啓発・教育の継続（講習会、症例検討会、看護師向け実習）
- 2) 市民への啓発と緩和ケアに対する意識の向上（市民団体、患者・家族会、行政への働きかけ）
- 3) 在宅への誘導（退院支援・調整システムの整備と活用）
- 4) 社会環境整備
  - ・施設スタッフへのアプローチ（スタッフの増加、教育）
  - ・在宅医の増加
  - ・栄養
  - ・リハビリテーション
- 5) がん登録の促進
- 6) がん予防

上半期

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
講習会等	拠点病院		5/16 (土)、17 (日) 市民病院 PEACE 研修会				
	病院医師	単位型研修会					
	連携医師			6/25 (木) 事例検討会①	7/27 (月) 事例検討会②		9/25 (金) 事例検討会③
	看護師	リンパ浮腫研修会 3 回シリーズ					
	多職種			6/10 (水) 地域カンファランス			
市民			6/27 (土) 市民健康講座				
後援・共催			5/19 (火) Dr. ネット症例検討会				
会議等	運営委員会	4/21 (火)	5/14 (木)	6/22 (月)	7/16 (木)		9/17 (木)
			月例ミーティング	運営委員会	月例ミーティング		月例ミーティング
			5/28 (木) コアリンクナース ミーティング				9/1 (火) コアリンクナース ミーティング
	4/15 (水) 麻薬部会			麻薬部会		麻薬部会	

下半期

		10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
講習会等	拠点病院						
	病院医師			在宅ホスピスを 可能にする地域づくり ホームホスピス宮崎 市原 美穂氏	地域カンファランス	ホスピス講習会 聖路加病院 林 彰敏先生	
	連携医師						
	看護師						
多職種	(薬剤師向け) 在宅療養における 薬剤師の役割と実際 宮崎 萩田氏			在宅ホスピスを 可能にする地域づくり ホームホスピス宮崎 市原 美穂氏	地域カンファランス	ホスピス講習会 聖路加病院 林 彰敏先生	
市民	10/17 (土) がん哲学外来 樋野先生						3/27(土)or 13(土) がん体験者講演会 立花氏
後援・共催			Dr. ネット 聞き書きボランティア				
会議等	運営委員会		月例ミーティング	運営委員会	月例ミーティング	運営委員会	月例ミーティング
				12/1 (火) コアリンクナース ミーティング			
	麻薬部会			麻薬部会		麻薬部会	

④ 2010年度

長崎市医師会  
「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」2010年度年間事業計画（案）

目標

2008年4月より始まった「緩和ケア普及のための地域プロジェクトは、3年間の介入で、緩和ケアの地域モデルを作ることとを目標とする。そのために、緩和ケアの普及と標準化を早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの整備、在宅可能な医療従事者への研修・教育を継続して続けていくとともに、これまでのプロジェクトの周知の基盤を利用し、長崎がん相談支援センター及び地域緩和ケアチームを利用してもらうことを目指す。また、行政、患者会との交流を図り、地域（患者・家族、一般市民）のニーズに即した援助を実現する。更に可能な限り自宅以外の在宅の場も広げ、かつ家族以外の介護力の確保についても十分な配慮と対策を考慮する。

本年度は、緩和ケアに限定することのない、地域医療の相談支援センターとして磐石な実績を上げ、医師会事業として永続運用を行うことができるように成果を上げることを目指す。

2010年度間目標：

長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを積極的に利用していただきながら、がんに限らず地域の様々な医療（施設・在宅）に関する相談窓口として、認知される1年！

目標項目

- 1) 活動の集約と、がん医療・緩和ケアに対する具体的提言
  - ①がんサポートガイドブックの作成
- 2) 医療機関の退院調整システムの構築への支援と地域・在宅へのスムーズな連携
  - ①病院医師への働きかけ ②病院看護師への働きかけ
- 3) 長崎の在宅医療総合相談窓口（長崎がん相談支援センターの継続）をめざす
- 4) 施設差、地域産のない市民（患者）のための長崎の地域医療連携システムの構築
  - ①アンケート調査をもとにした福祉施設職員への啓発
- 5) 市民（患者）の自己決定を支える
  - ①市民（患者）の自己決定を支えるための医療機関の取り組みを情報公開
  - ②がんサロンの立ち上げ
  - ③セルフケアアップのための講座（市民、患者対象）
    - ・がん栄養教室 ・排泄のケア（コンチネンスケア） ・口腔ケア ・メンタルケア ・リンパ浮腫のケア
  - ④ボランティア育成（がんに特化しない）

上半期

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
講習会等	PEACE	拠点病院 PEACE 研修会				
	医師			第1回事例検討会		第2回事例検討会
	連携医師					
	看護師				第1回リンパ浮腫研修会	第2回リンパ浮腫研修会
	薬剤師					
	多職種		第1回事例検討会	緩和化学療法（奈良林先生）		第2回事例検討会
市民	第1回セルフケアアップのための講座(4/24：古川)			第2回セルフケアアップのための講座(6/5, 6 榎原先生)		第3回セルフケアアップのための講座(8/28)
後援・共催						
会議等	運営委員会		運営委員会		運営委員会	
	調査説明会(2010年10月-12月：患者調査)				第1回地域カンファランス	
	コアリンクナースミーティング			コアリンクナースミーティング		

下半期

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
講習会等	PEACE	長崎市医師会 PEACE 研修会				
	医師			第3回事例検討会		
	連携医師					
	看護師					
	薬剤師					
	多職種	3回シリーズ 施設職員研修会	第3回事例検討会			
市民	市民健康講座（麻薬：下半期に1回）					
後援・共催		サロン		サロン		
会議等	運営委員会		運営委員会		運営委員会	
	コアリンクナースミーティング			第2回地域カンファランス		コアリンクナースミーティング

備考

医師：事例検討会を拠点病院との共同開催にはどうか。  
 看護師：リンパ浮腫研修会の効果を調査したうえで、セルフケアのための講習会を行うようにしてはどうか。  
 多職種：リンクスタッフから希望のあるテーマ、内容で、院内、所内、看護部への出張研修会を中心に（事例検討会含む）→随時  
 市民：①がん患者・家族のサポートプログラム、②がん患者・家族のサポーターのための実践講座（少人数）

その他：  
 1. 緩和ケアチームカンファランス：拠点病院や一般病院、地域緩和ケアチームが参加して症状緩和、退院支援、緩和ケア啓発についてテーマを決めてディスカッションを行う。共同研究を計画していく。3か月～4か月に1回程度。業者とのタイアップも考慮。  
 2. HPの評価  
 3. ボランティア育成

緩和医療学会演題 発表と論文に向けて（一部3年目にかかる）

- ① 患者・遺族調査に対する総括と対応 → 発表と論文（安中・詫摩）
  - ② 病棟看護師に対する在宅視点的調査に対する総括と対応 → 発表と論文（吉原・平山・船本）
  - ③ 施設アンケート調査に対する結果の総括と対応 → 発表と論文（奥平・詫摩）
  - ④ 病棟主治医に対する在宅視点的調査に対する対応 → アンケート作成と総括 → 発表と論文（出口・富安）
  - ⑤ 2年間の市民健康講座 特にがん関連（ホスピスを含む）について → 総括と対応 → 発表と論文（橋本）
  - ⑥ 医師向け講習会を行って一その成果と課題 → 総括と対応 → 発表と論文（藤井・中尾）
  - ⑦ 退院調整・ハイリスクカンファランスの成果と課題  
 → 医師側から（※行成） → 訪看側から（※平山） → 相談支援センター及び連携室から（吉原）
  - ※ それぞれ担当は、まとめ役
  - ⑧ 栄養パンフレットの成果と課題 → 1年間の経過より（古川）
  - ⑨ 療養費計算ソフトの使用経験（林田） → 1年間の経過より
- 3年目へ向けて
- ① コアスタッフの役割強化
  - 1) リンクナース → 緩和ケアの依頼を指導（病棟ナース及び患者・家族）
  - 2) リンクドクター → 病棟主治医へ緩和ケアの広報を働きかける
  - ② 緩和ケア地域連携パスの作成
  - ③ 緩和ケアチーム 2年間の評価

**資料 2 施設職員に対するアンケート用紙**

**施設職員にて御記入下さい。**

**がん緩和ケアについてのアンケート**

長崎県および長崎県医師会は、平成 20 年度より「長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会」を設置し、在宅緩和ケアに関する医療・介護・福祉・市民の連携を推進し、在宅緩和ケアに必要な情報・ツールの提供を図ることをめざしております。今年度は、介護・福祉施設での緩和ケアの普及のために、施設職員への教育・啓発を行う計画を立てております。そのために、長崎市医師会を中心に組み立てております「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM 長崎)」と協同して、介護・福祉施設での緩和ケアや看取りの現状を把握するためのアンケート調査を実施することといたしました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご協力をお願いいたします。

各設問に対し、該当する番号に○印をお願いします。

年 齢	( ) 歳	性 別	1. 男 性      2. 女 性
職 種	1. 介護福祉士    2. 看護師    3. 薬剤師    4. ケアマネジャー    5. 社会福祉士    6. 医師 7. その他 ( )		
勤務場所	1. 特別養護老人ホーム    2. 介護老人保健施設    3. グループホーム 4. 有料老人ホーム (特定施設、外部サービス利用型、住宅型) 5. その他 ( )		
勤務年数	( ) 年		
問 1	緩和ケアという言葉を知っていますか？	知っている ・ 知らない	
問 2	緩和ケアの内容について知っていますか？	知っている ・ 知らない	
問 3	緩和ケアについてどちらでお知りになりましたか？ ※複数回答可	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポスター、チラシ等</li> <li>・講習会等</li> <li>・TV</li> <li>・友人、知人から聞いて</li> <li>・病院、診療所等医療関係施設で</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	
問 4	がん患者さんへのケアに興味がありますか？	ある ・ ない	
問 5	患者さんが亡くなる際に立ち会ったことがありますか？	ある ・ ない	
問 6	問 5 で「ある」と回答された方のみご回答ください。		
	立ち会った場所 (複数回答可)	1.患者宅    2.病院    3.自施設 4.その他 ( )	
	立ち会った回数	( ) 回	
		そのうち が ん ( ) 人 が ん 以 外 ( ) 人	
問 7	がん緩和ケアについての講習会があれば参加されますか？	参加する ・ 参加しない	
問 8	講習会で取り上げてほしい内容があればご記載下さい。(複数回答可)		
	1.患者本人への対応、精神的ケア    2.家族への対応、精神的ケア    3.看取る際の心構え    4.緩和ケア 5.その他 ( )		

☆ 看取りの定義：ターミナル (終末期) からお亡くなりになるまでのケア全般、死後の処置 (エンゼルケア) を含む。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

### 資料3 退院支援・調整のグループワークで使用した資料 ①多職種事例検討会のシナリオ

#### ■ 模擬事例の展開

それでは、実際に緩和ケアの必要な〇〇さんに支援を行ってみましょう。

##### 1) 事例概要

患者：45歳・女性

診断：乳がん 多発肺転移 多発骨転移

病歴：40歳で乳がんの診断にて手術を受けられる。

その後外来フォローであったが、昨年、肺転移と骨転移が見つかった。現在入院中で抗がん剤治療・放射線治療一応終了となる。

治療効果乏しく、転移巣増加傾向である。

内服：ハイペン2T2X マグミット4T2X ピーガード60mg1X

タケプロン(15)1T1X デカドロン4mg1X

レンドルミン1T1X

疼痛時 オブソ10mg 便秘時 テレミンソフト

主治医：治療は一応終了したので、退院を考えている。予後は6か月。

疼痛コントロール：腰痛と下肢痛があるが、レスキュー1日1回程度で対応可

その他：4週に1回ゾメタの投与は継続予定 CVポートを持っている。

呼吸苦あり酸素1L使用中。

ADL：移動：腰椎、骨盤、大腿骨に転移あり車いすレベル。自分で操作している。

トイレ（ポータブル）などの移乗はどうか可能 PS2レベル

食事：経口摂取可能であるが、口内炎が遷延しているので、固形物の摂取が厳しい

排泄：トイレ（ポータブル？）排便困難がありたまにテレミンソフト使用

入浴：動作全般に介助が必要

認知：正常 病状の理解もしっかりしている。

家族：ご主人45歳会社員と娘17歳高校生との3人暮らし。本人の両親は健在。娘と両親、夫に病状説明。今後の見通し（余命）は話してない。

##### 2) 退院支援の実際（ロールプレイシナリオ）

シーン1 ……病棟看護師が病室へ訪室 患者さん（ニット帽、車いす）と夫と話す。

**Point** 病棟看護師は普段の看護（観察やケア）の中で退院支援を行う。

看護師：「（訪室）いかがですか？あら！今日は御主人もいらしてるんですね。」

夫：「今日は、仕事が休みでね。アイスの差し入れば持ってきたとですよ。」

看護師：「それはよかったですね～ 今日痛みはどうですか？」

患者：「動くと痛いけどオブソ1回で大丈夫。でもやっぱり移動が大変。」

看護師：「食事は食べれてる？」

患者：「口内炎がね～。硬いものは食べづらくてね。」  
 看護師：「確かに少ししか食べれてないみたいですね。お通じのほうはどうですか？」  
 患者：「やっぱり便秘がち。食べるのが少ないからかな？力も入りにくいし…。」  
 看護師：「夜はねむれていますか？」  
 患者：「お薬を飲んでるから割とよく眠れていますよ。」  
 看護師：「顔色も肌ツヤもいいですね。息苦しい感じ、今はどうですか？」  
 患者：「じっとしていると苦しくはないけど、やっぱり酸素があったほうが身体が楽。」  
 看護師：「先生は、一応治療が終了といわれてました。その後何かきかれていますか？」  
 患者：「そう！先生は、そろそろ帰りましょうか…とだけ。どうしたらいい？」  
 夫：「退院ってことですよ～。このまま…でしょう？本当によか？大丈夫？」  
 看護師：「佐田さんはどうしたいですか？」  
 患者：「そりゃあ～私は、家にかえりたいな～。(夫のほうを見る)」  
 夫：「そうしたかけどね～。点滴や酸素や薬のこともあるし。俺は仕事が忙しか。家の事は何もしらんよ！それに昼間は一人よ。心配やろ？どうする？」  
 患者：「それはそうだけど。まったく動けないわけじゃないし。痛みがなければ車椅子で料理も作れるし、いろいろしたい事や作りたいものがあるのよ。」

**Point** 連携室という退院支援部署があること（看護師）を紹介する。

看護師：「それじゃ、一度退院についての相談や調整をする看護師のところと一緒に行的ってみましようか？ご主人も一緒にね。」

シーン2 ……面談室、退院支援のため地域連携室の看護師が加わる

**Point** 患者の意向（家族の思い）や不安などを具体的に引き出す。

連携室看護師：「こんにちは、初めまして。退院支援担当の看護師の小川です。」  
 患者：「こんにちは。」  
 看護師：「治療がすまれて先生から退院と言われてるのですが、具体的にならなくて。〇〇さんもご主人もいろいろと不安もあって…。」  
 連携室看護師：「〇〇さんは、どうされたいですか？ご主人は？」  
 患者：「家に帰りたいですよ。家で娘と過ごしたいと思ってて。でもいろいろ不安で…」  
 夫：「私も家内のよかごととしてあげたかけど、家は無理じゃなかとね？薬や酸素もある。一人ではうごけんやろ？俺は昼間仕事やし。仕事せんとお金も心配やろ？子供もお金がいるようになるしね。それに俺は家のことは何もできん。」  
 連携室看護師：「そうそう、娘さんがおられるんですよね？」  
 患者：「17歳で今度高校3年なの。いよいよ受験生だし大丈夫か心配。」

連携室看護師：「親はいつも子供の心配ばかりね。ところで佐田さんのご両親は？」

患者：「いますよ。二人とも75歳だけど、元気です。近くに住んでいますよ。」

連携室看護師：「それは安心ですね。他に兄弟さんは？」

患者：「兄夫婦が佐賀にいます。」

連携室看護師：「そうですか。ところで今、退院して一番不安なことは何ですかね？」

患者：「からだの痛みは割と治まってるけど、口内炎があって食事が食べにくいこと。ひどいのよ。それと動くとき息切れがするし。息切れは食べれなくて体力がないからかな？続くところのまま衰弱していくのかなって不安です。」

夫：「もし家に帰ったら、昼は一人になるよ。痛みも今はよかけど、ひどくなったらどうする？酸素もしよるし、1か月に1回の点滴（ゾメタ）もあるよ。」

連携室看護師：「そうですね。病院とは違いますからね。家に帰ったら、おうちの事は、佐田さんのお母さんが手伝えるのですか？他に誰かお友達はいます？」

患者：「母も年だし、それにあんまり心配かけたくないし。友達は何人かいるけど、今はあんまり手伝ってもらって…そんな気持ちにはならないけど。」

夫：「あ～実際のところはようわからんねエ～。どげんなるとやる？」

連携室看護師：「そうですね。分からないと心配や不安も大きいですよ。」

連携室看護師：「今は、動き方はどんな状況ですか？」

（病棟看護師が、医療用麻薬の内服状況やゾメタ、ADLについて説明する。）

連携室看護師：「〇〇さんのお気持ちやご主人のご心配は、大体わかりました。お気持ちに合わせて家での療養の方法を考えてみましょうね。また、その時にお話しましょう。何か変化があったら連絡くださいね。」

— THE END —

#### 〈登場人物の気持ちを整理してみましょう〉

患者：病状はしっかり理解されている。家に帰って、家族（特に娘）との時間を大事にしたいと思っている。料理や買い物にも一緒に行きたいし、受験や将来の事も話しておきたいという気持ちもある。

痛みは、薬で軽くなってはいるが動きにくさや息切れがしている。食べれないし事などからこのまま寝たきりになるのではと不安になっている。また、自分が家に帰ると、夫と娘、母親が大変になるのではないかと気にしている。

夫：本人が思うように家で生活させてあげたいと思っているが、仕事が忙しい。家事はあまりできないし、自分が手伝わぬ事を気にしている。本人の希望に添いたいが、昼間一人の時、痛みがつよくなったら…その他の状態の変化に不安を感じている。医療器械の扱いも気になる。

看護師：「今が家に帰れるチャンス」と思っている。主治医に相談しても「どうすればいいか」その後の事が見えない。担当部署を紹介し同席する。

連携室看護師：患者や家族から、具体的に気持ちと不安を聞く。他の家族（両親や、友達）のことも聞く。調整はせず、また在宅だけに誘導しないで聴く。

### 事例検討……あなたなら

- ◆退院支援（意思決定）について…どう支援しますか？
- ◆その後の退院調整を、具体的になにをしますか？について話して下さい。

#### 退院支援のポイント

- 患者の気持ちをきちんとくみ取り把握する…日々・ベッドサイドから。
- 意思決定のプロセス（この間に在宅への不安が出てくる）に寄り添う事が退院支援。
- 今後の病態予測・医療的ケアの確認などを行うが、可能性（依存度が高いからとあきらめない）を大切に話す。
- 結論を急がず一緒に考える時間をもつ。
- 在宅療養のイメージは、病院の中ではなかなかつかない事も多い。そんな時は在宅関係者に助言を求める。（直接、患者・家族と話してもらう）
- 在宅だけが選択ではない。また選択しても気持ちは揺れることを理解する。
- 退院調整は、意思決定後に行います。

### 3) 退院前カンファレンスの実際（ロールプレシナリオ）

〇〇さんの「家に帰りたい」という意向を支援し、病院内の主治医・看護師・連携室でカンファレンスを行いました。そして数日前に、患者さんと夫に、主治医から今後の話（予後も含めて）がされました。連携室看護師が退院調整を開始し、患者さんは自宅に帰ることになりました。今回は、退院後支援する在宅スタッフと「退院前カンファレンス」を開催します。

◆今回の退院前カンファレンスには、患者さんや夫ははいりませんでした。通常は同席して行います。

しかし、病状や家族の希望（意向）などで、まず医療関係職種のみでカンファレンスを行い、その後本人や家族を交えた開催と2段階で行うこともめずらしくありません。

#### 〈登場人物〉

- ・ 連携室看護師・病院主治医・病棟看護師・MSW・在宅主治医
- ・ 訪問看護師・ケアマネジャー・介護福祉士・病院薬剤師・在宅薬剤師

退院前カンファレンスは、連携室看護師が招集・日程調整・資料準備・司会をします。

連携室看護師：「皆さんこんにちは。本日は、〇〇さんの退院前カンファレンスにお集りいただきありがとうございます。今日の司会をさせていただきます小川です。よろしくお願いします。」

「今日参加されているみなさんを紹介します。（自己紹介）」

※カンファ参加者、順番に自己紹介（所属と名前だけ）

連携室看護師：「ありがとうございます。それでは、最初に主治医の吾妻先生から病状説明と今後予測される点などお願いします。詳細は「医師用プレゼンテーションシート」がありますので、先生、5分ぐらいでお願いします。」

病院主治医：「それでは、病状説明を行います。佐田さん45歳です。5年前、平成17年に乳がんにて手術を受けられました。その後、標準化学療法を受けられましたが、昨年末に多発肺転移、多発骨転移が見られました。入院にて抗がん剤点滴と放射線治療を行いました。抗がん剤治療は3種類おこないましたが、肺転移は増大しております。予後的には半年ぐらいかと考えています。今回ご本人とご主人に今後の見通しも説明し、ご自宅に退院する。現在の治療は、内服が中心です。それについては、薬剤師が説明します。」

病院薬剤師：「内服は、ハイペン2T2X マグミット4T2X ピーガード60mg 1T1X タケプロンOD15 1T1X デカドロン4mg 1X レンドルミン1T1X レスキュー オブソ10mg 便秘時 テレミンソフトです。痛みは、主に腰痛と下肢痛ですが、今のところレスキュー1回で対応できていますが、今後はオピオイドの増量も考えられます。それと便秘がご本人気になるようです。食量との関連もあるのですが、コントロールが必要です。」

病院主治医：「そうですね。転移の状況から今後痛みの増大や足のしびれの出現などが考えられますので、増量は必要と思います。副作用の方もみていかなければなりませんね。肺転移は、両側に見られています。いまのところ胸水はありません。酸素も1LでSPO2 97%です。今後も酸素は必要です。動いたりして呼吸苦が強くなれば連絡ください。骨転移は腰椎、骨盤、大腿骨に見られています。大腿骨は体重がかかる動作で骨折の恐れがあるので、できるだけかけないようにしないといけないですね。もし動作中に骨折の可能性が見られた時は連絡してください。入院中は4週に1回はゾメタの点滴をCVポートから行っているの、今後在宅でも継続していただきたいです。」

連携室看護師：「ありがとうございます。次に病棟担当看護師からお願いします。詳細は、「看護師用プレゼンテーションシート」に書いてありますので参考に。では5分位でお願いします。」

病棟看護師：「日常生活状況はシートのとおりです。(シートをみながら説明する)

病状の理解についてですが、先生から治療の効果が乏しいことや今後は抗がん剤より痛みやつらい症状などをしっかり取っていくことが中心になるでしょうと話されています。半年位の単位でいろいろ考えられたほうがいいでしょうとも。患者さんは、しっかり受け止められておられたみたいで、そのあとご主人と二人で話をされてました。家族で時間を大切に過ごしたいと言われてて、やはり自宅の療養への思いを強くされたみたいですね。ご主人は、お仕事もあり、自分は何もできないから……ということもあって、はじめ在宅は無理といわれてましたが、先生からの説明もあって、自宅で過ごそうと決められました。娘さんや佐田さんの両親のお手伝いや介護保険等もつかって。それで、昼間の一人になる時間は、しばらくはお母さんが泊るそうです。具体的には連携室とケアマネさんをお願いしています。

ご主人は、みなさんを頼りにされてます。でも、ご主人ができることをしてあげることが、佐田さんには一番嬉しい事だし安心ですよ！と話しました。ご本人はもちろん家族のみならず、何もできないといっても、自分の家ですからね。ご主人も「なんとかなるでしょう！」

と言われてました。CPRに……。

連携室看護師：「ありがとうございました。それでは、在宅の皆さん質問や確認はありますか？」

在宅医：「痛みも含め症状コントロールは在宅で可能なのですが、緊急で入院を希望されたらどうしましょうか？」

病院主治医：「いつでも連絡ください。対応いたします。ところで酸素やゾメタは在宅で大丈夫でしょうか？」

在宅医：「大丈夫です。問題ないです。酸素と退院時のボンベや在宅酸素の手配もしておきましょう」

連携室看護師：「わかりました。〇〇でいいですか。」

病棟看護師：在宅での医療のサポート体制はどうなりますか？訪問回数とか。」

在宅医：「退院日に訪問するので、具体的にはその時に決めていきます。」

訪問看護師：「介護保険申請中ということですね。訪問看護は医療保険になるので、退院時の訪問ができます。痛みや息苦しさも、家での行動範囲と関係してくるので、〇〇さんと確認しながらケア内容や訪問回数を決めたいと思います。自宅でお風呂はすぐにでも入りたいでしょうね？」

病棟看護師：「いまは、週に1回しか入れていません。家でもうすこし、ゆっくりとはいりたいと言われてますね。」

訪問看護師：「先ほどの先生の説明では、骨転移があるので加重がかからないように…ということでしたので、特に入浴時には注意が必要でね。訪問看護で対応していきます。」

ケアマネ：「介護保険は申請中で、調査も済んでいます。結果を早く出してもらおうようお願いしています。サービスについては暫定で使えます。訪問看護は医療保険なので、介護保険でヘルパーが必要かと思っています。ベッドは必要ですがほかには？退院時手段どうでしょう？」

病棟看護師：「あと、ポータブルも必要だし、加重を考えると移乗のために柵とかも必要になるかもしれません。退院は自家用車で帰るそうです。」

介護福祉士：「訪問介護は主に食事関係のお手伝いになりますかね？食事には何か制限や気をつけることがありますか？」

病棟看護師：「ありませんが、口内炎の痛みがあるので、刺激物はきついし、硬いものも食べれないみたいで。家では好きなもの、食べれそうなものをしっかり食べて欲しいと思っています。」

介護福祉士：「料理は〇〇さんもできるかもしれないし、家族のために作りたいかもしれませんね。そしたらご自分も食べれるかも。そのほかにも家事はいろいろたくさんありますが、しばらくはお母さんのお手伝いもあるようなので様子をみながら考えていきます。」

在宅医：「〇〇さんの在宅療養は、往診や訪問看護。薬代と自己負担多くなりそうですね。経済的には問題ないですか？」

MSW：「国民保険3割の自己負担ですね。入院中は限度額認定証が使えるので窓口での支払いは自己負担額だけですみます。だけど在宅の場合は、往診・訪問看護・薬局といったんかかっ

たそれぞれの費用の自己負担分を払わなければなりません。その後、国保に手続きをすることで自己負担を超えたオーバー分が払い戻しになります。払い戻しまで長い時は3カ月くらいかかるのでその点が入院とはちがいますね。あとで戻るとしても現実に手出しの負担感はでてくるでしょうね。経済的負担感でせつかくの生活がつかなくなってもね。長崎市の国保では委任払い制度がありますので、その時はまた一緒に相談させていたければ。」

在宅薬剤師：「今、お薬についてはどのように理解されていますか？自宅での管理について何か申し送りはありませんか？」

病院薬剤師：「オピオイドについては、……」

管理はご自分で大丈夫です。ピーガードは朝食後に飲んでいきます。

動作で痛みが強くなるようですが、レスキューの回数は多くないですね。がまんされているのかも知れません。家に帰って動くことが多くなると痛みが強くなるかもしれません。レスキューの使い方の指導が大切ですね。今後は月1回の点滴もあります。その対応もお願いしたいですね。」

在宅薬剤師：「そうですか。ご自分で管理できていれば安心ですが、本人とよくはなしてがまんしているのか……痛みの評価やレスキューの関係もみていきましょう。家に帰るとなにかと動きも多くなるので急な痛みの増強や不安なども出てくるかもしれないので、そこも考えて緊急時も含め準備した……。」

訪問看護師：「加重はかけられないとの説明でした。移動の仕方や介助方法など本人も含めて、環境整備や具体的な指導が必要ですね。それによってはリハビリスタッフの介入も考えないと。先生どうでしょう？」

在宅医：「様子をみながら考えていきましょう。」

ケアマネ：「そうですね。退院してから、約1週間の間にいろんな問題や難しいところがでてきます。そのつどみなさんと相談しながら調整をさせていただきますので、その間の連絡は皆さん密にしていきましょう！」

連携室看護師：「それでは、決まったことの確認をします。各サービスの頻度などは、退院の時に訪問し回数を決めるということで。」

ケアマネ：「〇〇さんが自宅で安心して療養できるよう、方向性の確認、具体的な頻度は、今後ケアプランと担当者会議で確認させていただきます。皆さんよろしく願いいたします。」

連携室看護師：「では、緊急時の連絡先を退院シートで皆さんで確認しましょう。今日はみなさんお忙しい中、ありがとうございました。」

### 退院前カンファレンスのポイント（資料参照）

#### □院内カンファレンス（ステップ1）

⇒まず、患者の意向と今後の病態予測も含めて、在宅療養を可能性について、主治医を含め院内カンファレンスを開催する。

#### □退院前カンファレンス（ステップ2）

⇒日時設定や当日の進行は退院調整に沿って、連携室看護師が担当する。

（招集メンバーは資料参考）

#### □退院カンファシート（医師用・看護師用）と退院シートを準備。

#### □司会者は、参加メンバーが自由に発言できる雰囲気をつくる。

#### □各職種によって、分からない言葉や内容については遠慮しないで質問する。

#### □継続が必要な、医療ケア・緊急時の対応策・連絡先、患者、家族の不安にたいする解決策を優先してメンバーと確認する。

#### □所要時間を確認して実施することがとても大切です。

#### □記録をとり、お互い加算請求を忘れないように（資料参照）

今回は、医療関係職でカンファレンスを行い、その後ご本人とご主人とで「退院シート」をみながら、在宅スタッフとの顔合わせや不安なこととその対応などについて、説明や確認をしていきました。

## 4）サービス担当者会議の実際（ロールプレシナリオ）

これまで退院支援・退院調整そして、退院前カンファレンスを行ってきました。

いよいよ在宅療養が始まりますので、「サービス担当者会議」を行います。その後、在宅療養中の患者さんの実際の生活をインタビューし、現状のサービスの評価も行いたいと思います。

それでは、まず、これまでの病状と経過をまず簡単に説明します。

45歳の患者さんは、ご主人と17歳の高校生の娘さんとの3人暮らしです。

今から5年前の4歳のときに乳がんの診断をうけられ、手術・化学療法を受けてこられました。しかし、昨年に肺転移と骨転移が見つかり、化学療法・放射線療法をうけられましたが、治療効果乏しく転移増大傾向です。

痛みは、モルヒネでどうにかコントロール出来ていますが、酸素使用やCVポートからの点滴なども必要な状態です。移動は車いすです。

ご本人は家に帰って家族との時間を大切にしたいと考えていました。当初、ご主人は、介護や、酸素・点滴・緊急時のことなどに不安があり退院を躊躇されていました。

その後、退院支援と調整を行いご自宅での療養を決められました。

退院前カンファレンスには、病棟主治医・在宅主治医・訪問看護師・ヘルパー・薬剤師なども参加して開催しました。

#### ◆退院前カンファレンスとサービス担当者会議の違い

現状では、「退院前カンファレンス」と「サービス担当者会議」が混在して行われていることが多いと思いますが、今回は「退院前カンファレンス」と「サービス担当者会議」を分けて行ってみます。

##### 〈概念〉

退院前カンファレンスは、退院後に継続が必要な医療・介護を、病棟主治医、看護師から提示し、患者、家族の病気や療養に対する受け止め方を確認する。そして病院と在宅側の顔の見える関係を構築し、在宅療養開始後の緊急時入院受け入れなど在宅と病院の役割分担を確認することです。

サービス担当者会議は、介護支援専門員（ケアマネ）が、利用者の意向に沿い、その支援のために居宅サービス計画を策定するために開く会議です。介護支援専門員が、担当する在宅スタッフとともに、患者・家族を入れて開催し、サービス計画が協議されて実際のサービス提供へとつなげられます。多くの場合、退院前カンファレンス開催後、ケアマネが作成したサービス計画書（ケアプラン）をもとに開催します。ここで、患者さんの在宅支援の目標を共有し、各サービスの役割や頻度（費用も含む）について確認し、本人や家族に了解を得ます。そして在宅療養が開始となりました。

それでは、サービス担当者会議を開催します。

##### 〈登場人物〉

- ・患者・家族・ケアマネジャー・在宅主治医・訪問看護師・介護福祉士
- ・保険薬局薬剤師・福祉用具事業所

##### シーン1 ……サービス担当者会議（資料：サービス計画書1、2、週間予定表）

ケアマネ：「それでは、退院前カンファレンスをうけて、〇〇さんの在宅支援に関する役割やサービス頻度についてのサービス担当者会議を開催します。司会はケアマネの戸村です。はじめに、実際に在宅支援に当たられる皆さんの自己紹介をお願いします。では、みなさん、よろしくお願いいたします。早速ですが、患者さんは要介護1でした。先ほどのカンファレンスでの情報も踏まえて、私が作成したサービス計画書です。まず計画書1で患者さんやご主人の意向やチームの方針を確認しましょう。家事も含め介護は、しばらくはお母さんが泊られるようです。そして次に具体的なサービスの内容と役割分担を計画の2で確認しましょう。」

ケアマネ：「〇〇さん、各担当者の皆さんいかがですか？何か質問や確認はありませんか？」

福祉用具：「ベッドと車いすの準備はできています。あと手すりについては、実際に家で動いてみないとわかりませんか？」

患者：「ベッドの周囲や、お風呂や台所、トイレに手すりがあると動くのが楽だと思います。工

事ではなく簡単につけられて調整もつくようなものがありますか？」

福祉用具：「ありますよ。(カタログなどで説明する)」

薬局薬剤師：「訪問はいつがいいですかね？動く事が多くなると痛みとの関連も出てくるでしょうし、効果を確認したいので…定期訪問がいいですね？」

患者：「そうですね。隔週でお薬が届くとありがたいです。もしレスキューを飲んでも効かない場合は、中野先生にいつでも、いいですか？」

薬局薬剤師：「先生と相談しながらコントロールしましょう。連絡はいつでもいいですよ。」

訪問看護師：「看護で痛みと日常生活との関連や呼吸状態などは、十分観察していきます。訪問時には入浴介助も行います。ところで、ゾメタの点滴と、呼吸が辛い時の酸素の増量はどうでしょうか？CVポートに関しては基本的に観察でいいですね。あと、痛みとの関連や動き方で、骨への加重が心配です。一度リハビリの人にアセスメントしてもらおうのもいいでしょうか。」

在宅医：「ポートはそのまま、点滴は様子をみましょうか。ポートの管理も、今のところは観察だけでいいでしょう。ゾメタは、月一回、僕が往診でしましょう。酸素は、動いてみて息苦しくなったら、1リットルまでは上げていいです。〇〇さん、自分でできますよね。動き方やリハビリの事も少しづつ様子をみて考えましょうかね。」

患者：「はい。」

ヘルパー：「家事全般は、〇〇さんのやり方やお母さんの係わりもあるので、とりあえずプランの週2回で買い物やお掃除を中心に支援します。普段着に着替えたり、移動の介助などで何か気をつけることはありますか？」

在宅医：「基本的には〇〇さんのペースに合わせていればOKでしょう。同じ姿勢や無理な姿勢は痛みが強くなったり、骨折の危険性があるので気をつけてください。口内炎でやはり食事がすすまないみたいですね。食材や調理法などについては、ヘルパーさんの経験で、助言してあげてください。栄養的な管理が必要になったら栄養士さんに入ってもらおうことにしましょう。こちら様子を見て…」

夫：「とにかく、自分が側にいない時のことが心配です。大丈夫なんですよ!?」

ケアマネ：「緊急時も含め、いつでも対応できるように連絡網をつくります。あとで確認しましょう。では皆さんよろしいでしょうか？今日はありがとうございました。それでは、担当する曜日や時間が入った計画書をまた送ります。大体の自己負担額もお知らせしておきます。〇〇さん、細かい事については各サービスの事業所説明を受けての契約になります。最初は、人の出入りや書類関連が多くて大変だと思います。でも、しっかりと自分の意向を伝えてからスタートしたほうが安心して生活ができると思うので、よく話しをしながら進めていきましょう。また、いろいろと準備していても、退院してから約1週間の間には、いろんな問題や難しいところがでてくると思います。その時は、遠慮せず気持ちを伝えてください。今日のようにここにいる皆さんと相談しながら調整をさせていただきます。皆さん連絡を密にお願いいたします。最後に連絡先の確認をしましょう。」

### ◆サービス担当者会議のポイント

- 会議の日時、参加者、および進行はケアマネジャーが行う。
- 可能であれば、事前に情報収集を行い、初回は、退院前カンファレンスから引き続いて実施すると効率的である。そのために退院のめどがつかいたら、情報収集を開始する。
- 進行はケアマネが作成した「サービス計画書1・2、週間計画表」をもとに進める。まず、患者（家族）の意向の確認と目標を共有する。最後に支給限度額（介護保険）や自己負担額についても確認する。
- 各サービス担当者のサービス提供時間や内容・役割、緊急時の連絡先等を確認する。
- 記録をとり加算請求を忘れないようにする。（資料参照）

こうして在宅療養はスタートしました。その後は定期的にサービスの評価が必要になります。そして目標に対して評価を行います。状況に応じて再度（あるいは臨時）のサービス担当者会議が必要となります。

では、患者さんの在宅療養はどうでしょうか。

#### シーン2 ……患者の在宅療養の実際（インタビューシナリオ）

中 尾：「在宅療養1カ月経ちましたが、いかがですか？」

患 者：「じっとしている時の痛みはまあまあですが、何かするときに痛いんです。あとは、寝ていることが多くなって、背中から腰が張ったように痛いかな。移動も少しきつくて……」

☆薬の検討、リハビリや薬剤師の介入、マットレスの変更など再調整か？

患 者：「家にじっとしてるのも退屈ね！母が疲れている様子もなんだか気になるし」

☆デイサービスやお友達のお手伝い・夫の協力、訪問介護を増やすなどが必要？

患 者：「食事が、やはり少ない。便秘も相変わらずだし、食欲がわかないの！自分作りはやはり疲れるし、夫の料理もね～。体力つかないかな？」

☆栄養士介入や栄養指導、ヘルパーのサービス内容、介護保険の区分変更？

中 尾：「ご主人はどうですか？」

夫：「大変ですね!!心配もあって精神的に疲れてます。夜少し眠れなくて…食事でも大変だし。家内、動くのきつくなってきてトイレの手伝いもあって。」

☆訪問看護・ヘルパーの介入見直し・リハビリで動き方や介助の仕方の指導？

中 尾：「娘さんはどうですか？」

娘：「私は、学校があるし、特別に大変じゃないけど、ふと考えると悲しくなる。お母さんの前じゃ泣けないし。」

☆のサービス内容を再検討する必要があるそうですね!!

それでは、現状の患者さんの在宅療養から、問題点と対処法を、各専門職でグループ内ディスカッションしてみましょう。

### ◆状況が変化した時の担当者会議のポイント

- 状況の変化と課題を担当するみなで共有する。
- プランやサービス内容・頻度の見直し点についてディスカッションする。
- 新たなサービスの導入やそれぞれの専門性の視点で考える。

今回 OPTIM での（模擬）事例検討会は、シリーズで行いました。

まず企画・準備メンバーが各登場人物をロールプレイし、その後、提示したテーマに沿って、参加者がグループワークを行うという方法です。

#### 〈進め方〉

各職種代表で「退院支援」・「退院前カンファレンス」・「サービス担当者会議」をロールプレイし、参加者の多職種がそれぞれの役割も含め、その具体的方法を共有します。

- ◆グループディスカッション後に、各グループから1名(職種代表)ずつ出て、中央で企画メンバーが行ったようなロールプレイを行う。
- ◆（演者も含め）ロールプレイの感想など率直な意見を出し合う。
- ◆補足などがあれば各職種（グループ）から発言をしてもらう。
- ◆時間があれば、演者を変えて何回か行う。
- ◆最後に、今回の目的とテーマでポイントの確認を行う。

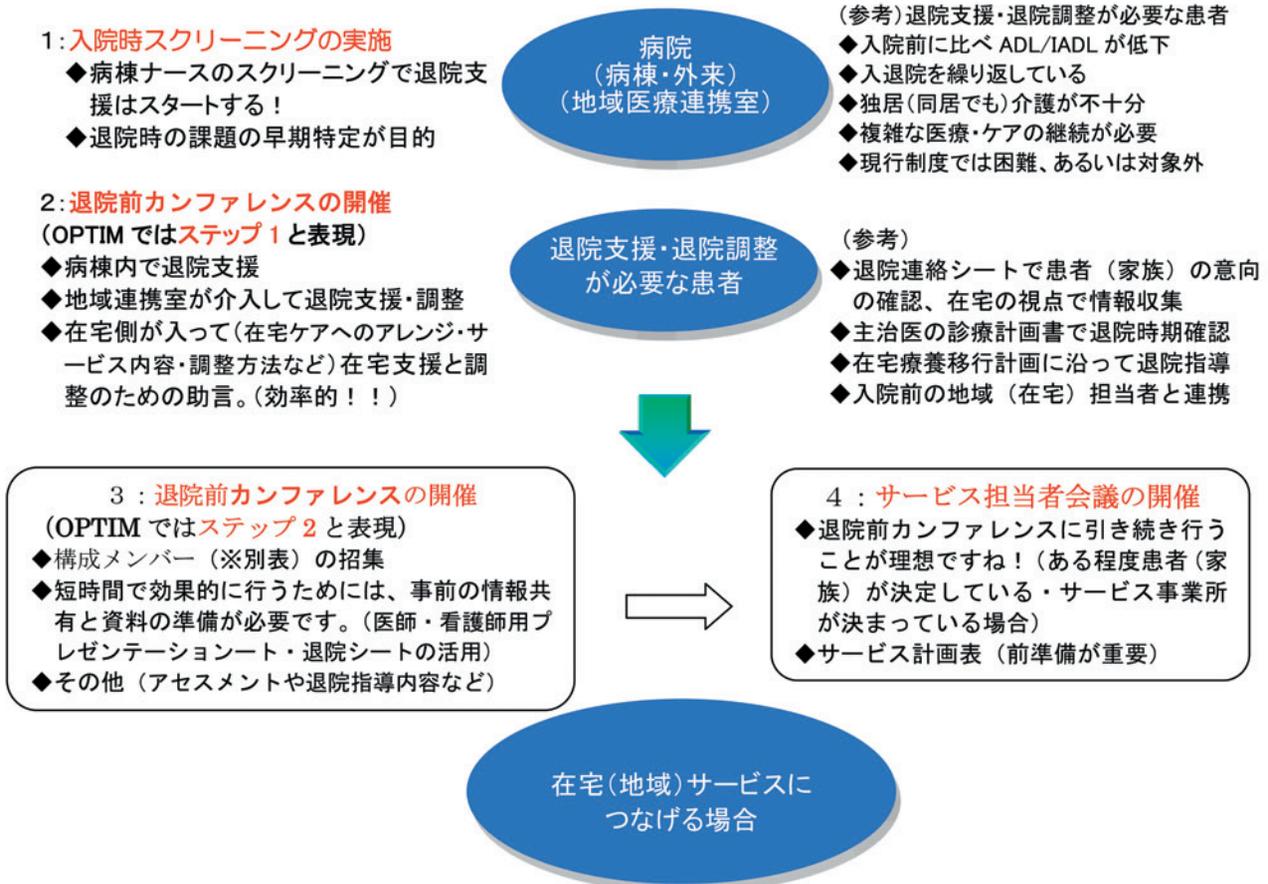
## ②退院支援・退院調整のための地域（在宅）連携

### まとめ「退院支援・退院調整のための地域（在宅）連携」

OPTIM 長崎での事例検討会の主な目標

- ①緩和ケアを必要とする患者さんが、その人の望む場所で適切かつ専門的な緩和ケアを受けながら、その人らしく生活できるよう、施設（病院）と地域が連携して取り組むための具体的方法を共有する。
- ②連携する各専門職の相互理解と顔の見える関係を築き、明日から現場に生かす。

#### ●退院支援・退院調整の流れ



(参考)退院支援・退院調整が必要な患者

- ◆入院前に比べ ADL/IADL が低下
- ◆入退院を繰り返している
- ◆独居(同居でも)介護が不十分
- ◆複雑な医療・ケアの継続が必要
- ◆現行制度では困難、あるいは対象外

(参考)

- ◆退院連絡シートで患者(家族)の意向の確認、在宅の視点で情報収集
- ◆主治医の診療計画書で退院時期確認
- ◆在宅療養移行計画に沿って退院指導
- ◆入院前の地域(在宅)担当者と連携

**退院前カンファレンスとは**・・・下記の目的で開催する。(院内スタッフで行うものと在宅スタッフと合同で行うものがある)

- ①患者の病態・生理(予測も含め)・退院後継続が必要な医療ニーズ・介護ニーズ・ソーシャルサポートなどの情報を共有する。
- ②患者(家族)の療養にたいする受け止め方を確認し支援体制を検討する。
- ③移行に向けた役割の確認と支援のための体制・調整を行う。

**サービス担当者会議とは**・・・在宅療養に向け、患者(家族)にかかわる多職種が、ケアマネジャーの作成したサービス計画書をもとに、支援の目標共有と具体的役割(サービス内容・日程・頻度など)を決めるために行う。(介護保険外対象者にはケアマネの役割を担う人を決める必要がある)

- ◆病院によるテレフォン・フォロー
- ◆必要に応じて関連機関に情報提供(包括支援センター・地域保健課など)
- ◆医療以外の件で患者(家族)に相談できる機関などを情報提供
- ◆外来で在宅療養のフォローと必要時連携室介入

## ③退院前カンファレンス, サービス担当者会議

## 参考「退院前カンファレンス」「サービス担当者会議」

## ◆構成メンバーの例（介護保険サービスと医療サービスが入る場合を想定）

職 種	退院カンファレンス	サービス担当者会議
開催準備と進行	◎退院支援看護師	◎ケアマネジャー
患者家族	○	○
病院医師	○	△
病院看護師	○	△
病院薬剤師	○	△
MSW	○	△
ケアマネ	○	○
在宅医師	○	○
在宅看護師	○	○
在宅薬剤師	○	○
各介護保険サービス	○	○
その他		

※ ○参加      △自由参加(必ず参加ではない)

## ◆退院支援・退院調整・地域連携を効率的・効果的に行うために・・・

- ・病院内に退院支援・退院調整のシステム構築。
- ・退院支援・退院調整・連携の流れを理解、流れに沿って。
- ・退院支援・退院調整は早期に！サービス担当者会議までは素早く！
- ・カンファレンスや会議へは、専門職としての役割を意識して参加。
- ・カンファレンスや会議では、必要な情報、わからないことは自分で聞く。
- ・病院—在宅の顔の見える関係。
- ・支援の中心は患者
- ・広い情報収集のネットワーク
- ・早期に患者の意向を把握し、それを共有する（病院・在宅）
- ・早めの情報共有（積極的に連携する）

④退院支援・退院調整，連携に係る加算

まとめ「退院支援・退院調整」「連携」に係る加算

入院

<病院側>

- ・退院調整開始  
退院支援計画書作成  
急性期病床退院調整加算  
(140点 or 100点)
- ・介護支援連携指導料算定  
(1回目 300点)

<在宅側>

- ◆ケアマネジャー  
入院・入所連携加算算定  
150点

退院前カンファレンス

- ◆退院時共同指導 2 300点  
(※病院医と在宅医で情報交換すれば300点加算、病院医師と他の3者共同 2000点の加算)
- or
- ◆在宅医師 (退院時共同指導 1)  
在宅支援診療所 1000点  
上記以外の場合 600点
- ◆介護支援連携指導料 2回目算定

- ◆保険薬局 600点
- ◆訪問看護ステーション 600点
- ◆ケアマネジャー※面談条件  
退院・退所連携加算  
(400点 or 600点)

加算にかかわるところは、すべて記録が必要です!!

退院

訪問看護ステーション：(医療保険・患者要件有)・退院支援指導加算 (退院当日 6000円)・在宅患者緊急時指導加算 (月2回まで 2000円)・在宅患者緊急連携加算 (月2回以上の指導と連携 3000円)

資料 4 2009 年度のポスター



**緩和ケアとは…**

がんの痛み、心の悩み、療養場所や医療費のこと等様々な問題を解決する医療のことです。

病気の時期、療養場所に関係なく受けていただくことができます。

緩和ケアを長崎で受けられるように取り組んでいます。

お問い合わせは、長崎がん相談支援センターにご連絡ください。

☎095-893-6621 E-mail:kanwa@ncma.or.jp

本プロジェクトに参加するがん診療連携拠点病院

- 長崎大学病院 がん診療センター ☎095-819-7779
- 日本赤十字社長崎原爆病院 医療相談室 ☎095-847-1511 (内線1169)
- 長崎市立市民病院 地域医療連携室 ☎095-822-3251 (内線2237)

このほかにも長崎市の多くの医療機関がこのプロジェクトに参加しています。詳しくは研究ホームページをご覧ください。

<http://www.gankanwa.jp/>

厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」



**緩和ケアを  
ご自宅でも受けられるように  
取り組んでいます。**

地域の病院と診療所、保険薬局、訪問看護、居宅介護支援事業所などが連携してネットワークづくりを進めています。

※緩和ケアとは、がんの痛み、心の悩み、療養場所や医療費のこと等、様々な問題を解決する医療のことです。病気の時期、療養場所に関係なく受けていただくことができます。

お問い合わせは、長崎がん相談支援センターにご連絡ください。

☎095-893-6621 E-mail:kanwa@ncma.or.jp

本プロジェクトに参加するがん診療連携拠点病院

- 長崎大学病院 がん診療センター ☎095-819-7779
- 日本赤十字社長崎原爆病院 医療相談室 ☎095-847-1511 (内線1169)
- 長崎市立市民病院 地域医療連携室 ☎095-822-3251 (内線2237)

このほかにも長崎市の多くの医療機関がこのプロジェクトに参加しています。詳しくは研究ホームページをご覧ください。

<http://www.gankanwa.jp/>

厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」



**緩和ケアに関する疑問や  
お悩みはありませんか？**

地域の相談支援センターを活用しましょう。

※緩和ケアとは、がんの痛み、心の悩み、療養場所や医療費のこと等、様々な問題を解決する医療のことです。病気の時期、療養場所に関係なく受けていただくことができます。

お問い合わせは、長崎がん相談支援センターにご連絡ください。

☎095-893-6621 E-mail:kanwa@ncma.or.jp

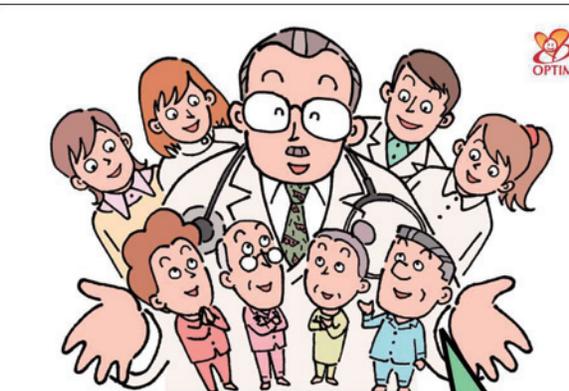
本プロジェクトに参加するがん診療連携拠点病院

- 長崎大学病院 がん診療センター ☎095-819-7779
- 日本赤十字社長崎原爆病院 医療相談室 ☎095-847-1511 (内線1169)
- 長崎市立市民病院 地域医療連携室 ☎095-822-3251 (内線2237)

このほかにも長崎市の多くの医療機関がこのプロジェクトに参加しています。詳しくは研究ホームページをご覧ください。

<http://www.gankanwa.jp/>

厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」



**緩和ケアは  
必要なときにいつでも  
受けることができます。**

※緩和ケアとは、がんの痛み、心の悩み、療養場所や医療費のこと等、様々な問題を解決する医療のことです。病気の時期、療養場所に関係なく受けていただくことができます。

お問い合わせは、長崎がん相談支援センターにご連絡ください。

☎095-893-6621 E-mail:kanwa@ncma.or.jp

本プロジェクトに参加するがん診療連携拠点病院

- 長崎大学病院 がん診療センター ☎095-819-7779
- 日本赤十字社長崎原爆病院 医療相談室 ☎095-847-1511 (内線1169)
- 長崎市立市民病院 地域医療連携室 ☎095-822-3251 (内線2237)

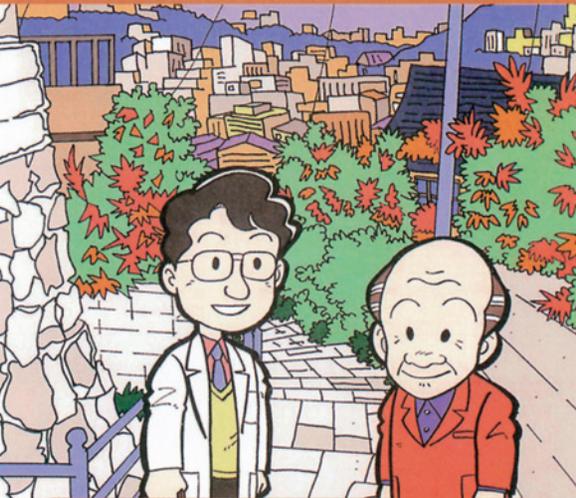
このほかにも長崎市の多くの医療機関がこのプロジェクトに参加しています。詳しくは研究ホームページをご覧ください。

<http://www.gankanwa.jp/>

厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

資料5 市民健康講座で使用したポスター

第16回長崎市医師会市民健康講座  
がんの痛みに苦しまないで  
～あなたの家にかえろう～

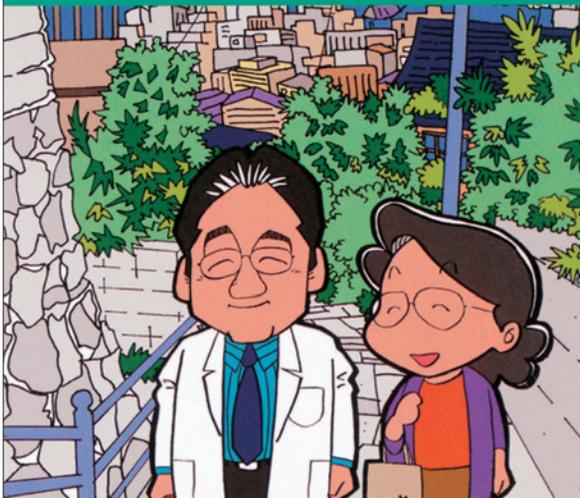


2008年11月29日(土) 14:00～15:30  
長崎市医師会館 7階 講堂  
●応募方法● 表裏の申込用紙にご記入の上ご応募ください。  
●締切● 11月21日(金)必着  
＜参加無料＞

【お問合せ】長崎市医師会 TEL.095-818-5511

後援/長崎市/長崎県医師会/長崎県がん診療連携協議会/長崎市医師会/長崎県看護協会/長崎県社会福祉協議会/長崎県社会福祉協議会/長崎市保健福祉推進協議会/NPO長崎在宅ケアネット/長崎県障がいリハビリテーション協議会/長崎在宅ケア研究会/長崎県高齢ケア研究会/NPOふらふらなごさき/長崎新聞社/長日本新聞社/NHK長崎放送局/NBC長崎放送/KTNテレビ長崎/NCC長崎文化放送/N11長崎国際テレビ

第19回長崎市医師会市民健康講座  
がんの痛みに苦しまないで  
～あなたを支える、地域で支える～



2009年6月27日(土) 14:00～16:00  
長崎市医師会館 7階 講堂  
●応募方法● 表裏の申込用紙にご記入の上ご応募ください。  
●締切● 6月20日(土)必着  
＜参加無料＞

【お問合せ】長崎市医師会 TEL.095-818-5511

後援/長崎市/長崎県医師会/長崎県がん診療連携協議会/長崎市医師会/長崎県看護協会/長崎県社会福祉協議会/長崎県社会福祉協議会/長崎市保健福祉推進協議会/NPO長崎在宅ケアネット/長崎県障がいリハビリテーション協議会/長崎在宅ケア研究会/長崎県高齢ケア研究会/NHK長崎放送局/NBC長崎放送/KTNテレビ長崎/NCC長崎文化放送/N11長崎国際テレビ

第20回長崎市医師会市民健康講座  
～がん哲学とがん哲学外来～

がん哲学外来とは  
生きることの意義を考えた  
ようすと、先生と成  
長に哲学を出そうと  
する人である。  
がん患者を持ちなが  
ることができると  
する。  
がんを生きき  
成を目的



2009年10月17日(土) 14:00～16:00  
長崎市医師会館 7階 講堂  
●応募方法● 表裏の申込用紙にご記入の上ご応募ください。  
●締切● 10月10日(土)必着  
＜参加無料＞

【お問合せ】長崎市医師会 TEL.095-818-5511

後援/長崎市/長崎県教育委員会/長崎県医師会/長崎県がん診療連携協議会/長崎市医師会/長崎県看護協会/長崎県社会福祉協議会/長崎市社会福祉協議会/長崎市保健福祉推進協議会/NPO長崎在宅ケアネット/長崎県障がいリハビリテーション協議会/長崎在宅ケア研究会/長崎県高齢ケア研究会/NHK長崎放送局/NBC長崎放送/KTNテレビ長崎/NCC長崎文化放送/N11長崎国際テレビ

ことである。  
がんを克服する  
生きていることこそ、  
死ぬまでちゃんと

立花 隆

自身のがん体験を踏った「僕ががんを乗り越えた経験」を伝えた  
長崎生まれのジャーナリスト立花隆氏。  
人類最大の病「がん」の謎に挑む立花氏の話を聞いて、  
私たちがんとの新たな向き合い方を探ります。

第22回長崎市医師会市民健康講座  
立花 隆 講演会  
テーマ「がんと共に生きる」 司会 和木明明(テレビ長崎)  
2010年3月27日(土) 14:00～16:00  
長崎ブリックホール(大ホール) 入場無料



【お問合せ】長崎市医師会 TEL.095-818-5511(14:00～16:00の間は095-818-5511)  
〇月曜 長崎放送局、朝日放送局、NHK長崎放送、NHK総合長崎、NHK教育長崎、NHKBS1長崎、NHKBS2長崎、NHKBS3長崎、NHKBS4長崎、NHKBS5長崎、NHKBS6長崎、NHKBS7長崎、NHKBS8長崎、NHKBS9長崎、NHKBS10長崎、NHKBS11長崎、NHKBS12長崎、NHKBS13長崎、NHKBS14長崎、NHKBS15長崎、NHKBS16長崎、NHKBS17長崎、NHKBS18長崎、NHKBS19長崎、NHKBS20長崎、NHKBS21長崎、NHKBS22長崎、NHKBS23長崎、NHKBS24長崎、NHKBS25長崎、NHKBS26長崎、NHKBS27長崎、NHKBS28長崎、NHKBS29長崎、NHKBS30長崎、NHKBS31長崎、NHKBS32長崎、NHKBS33長崎、NHKBS34長崎、NHKBS35長崎、NHKBS36長崎、NHKBS37長崎、NHKBS38長崎、NHKBS39長崎、NHKBS40長崎、NHKBS41長崎、NHKBS42長崎、NHKBS43長崎、NHKBS44長崎、NHKBS45長崎、NHKBS46長崎、NHKBS47長崎、NHKBS48長崎、NHKBS49長崎、NHKBS50長崎、NHKBS51長崎、NHKBS52長崎、NHKBS53長崎、NHKBS54長崎、NHKBS55長崎、NHKBS56長崎、NHKBS57長崎、NHKBS58長崎、NHKBS59長崎、NHKBS60長崎、NHKBS61長崎、NHKBS62長崎、NHKBS63長崎、NHKBS64長崎、NHKBS65長崎、NHKBS66長崎、NHKBS67長崎、NHKBS68長崎、NHKBS69長崎、NHKBS70長崎、NHKBS71長崎、NHKBS72長崎、NHKBS73長崎、NHKBS74長崎、NHKBS75長崎、NHKBS76長崎、NHKBS77長崎、NHKBS78長崎、NHKBS79長崎、NHKBS80長崎、NHKBS81長崎、NHKBS82長崎、NHKBS83長崎、NHKBS84長崎、NHKBS85長崎、NHKBS86長崎、NHKBS87長崎、NHKBS88長崎、NHKBS89長崎、NHKBS90長崎、NHKBS91長崎、NHKBS92長崎、NHKBS93長崎、NHKBS94長崎、NHKBS95長崎、NHKBS96長崎、NHKBS97長崎、NHKBS98長崎、NHKBS99長崎、NHKBS100長崎

資料6 プロジェクトを紹介する新聞記事

◆長崎新聞

がんと共に生きる

がんやそれに伴う痛みは、自分には関係ない話だと思われるかもしれませんが、日本人の2人に1人はがんにかかり、日本人の3人に1人はがんで亡くなっています。この事実から、今後がんに対してどのように向き合っていくかを、自分自身の問題としてとらえることが大事だと思います。



藤井卓

痛みとどう向き合う 27日、長崎で市民講座

平成22年3月15日

長崎市医師会は07年から、厚労省の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」に参加しています。多くの人に「緩和ケア」の考えを理解していただき、さらにはがんの痛みを軽減する取り組みを、家族の苦痛を少しでも取り除くための事業に取り組んでいます。

言葉で聞くと、がん末期で体の痛みがひどいという患者さんの姿を連想されるかもしれませんが、「痛み」はそれだけではなく、体の痛みのほかに、精神的な痛み、仕事や家庭の問題などから来る「社会的な痛み」、生き延びたいという気持ちからくる「霊的な痛み」、それらすべてを含んだ全体的な苦痛があること、と述べられています。話を伺い、がんの向き合い方を探りたいと思います。

長崎市医師会では、これまで「がんの痛み」「在宅医療」「在宅ケア連携体制を確保すること」をテーマとして、市民健康講座を予定しています。講師は長崎生まれのジャーナリスト立花隆さんです。立花さんは07年にばうこうがんの手術を受けた経験を通して「死ぬまでちゃんと生きることこそ、がんを克服すること」と述べられています。

現在、日本は諸外国に比べ、緩和ケアサービスが不十分で、痛みを和らげる医療用麻薬の利用も少ない状況です。がん患者の多くが病院で亡くなっているように、患者の希望に沿った場所で満足いく療養生活を送ることは難しくなっています。

2007年に成立したがん対策基本法16条は、早期からの緩和ケアの推進と在宅ケア連携体制を確保することをつたっています。これを受け、厚生労働省は08年度より、日本の緩和ケアの地域モデルをつくることを目的に、がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を開始しました。

その中で、長崎市は山形県鶴岡市、千葉県柏市、静岡県浜松市とともに全国4カ所のモデル地域の一つに選ばれ、長崎市医師会を中心としたチーム（統括責任者：野田剛志市医師会長）が3年間のプロジェクトに取り組みことになりました。

具体的には「がん診療連携拠点病院」に指定された長崎大学病院、市立市民病院、長崎県立病院をはじめ、緩和ケア病棟を持つ病院、一般病院、診療所、薬局など連携し、退院が長引きそうな患者さんへの支援や在宅療養の緩和ケアに取り組んでいます。

市民向けの活動拠点として、同市米町の市医師会館内に「長崎がん相談支援センター」を設置しています。

がん緩和ケア



白髭豊

痛みや心の悩み相談を 27日市民公開講座 長崎でモデル事業

平成21年6月14日

相談を受け付けるほか、痛みや治療についての公開講座、自治会へのプロジェクト説明、出張講座なども行っています。入院、外来通院、在宅療養などが関する悩みがあれば、遠慮なく同センターに問い合わせてください。

今日27日には市医師会市民健康講座「がんの痛みを苦しめないであなたを支える、地域で支える」を予定しています。がんの告知・治療の中止にかかわる諸問題から医療用麻薬、同センターやがん診療連携拠点病院の状況について話をします。お誘い合わせの上、参加してください。

（長崎市片瀬十丁目 白髭内科病院院長・長崎市医師会理事・緩和ケア普及のための地域プロジェクトプロジェクトリーダー）

◆第19回長崎市医師会市民健康講座「がんの痛みを苦しめないであなたを支える、地域で支える」

日時 6月27日（土）午後2時～4時  
場所 長崎市医師会第7階講堂（栄町2の22）  
プログラム  
▽第一部「がん患者さんを支える『ごころ』と『からだ』の痛みケア」  
○がんの告知、治療の中止、その時家族は？  
◎痛みを和らげましょう  
③医療用麻薬では中華にはありません  
▽第二部「地域で支える」  
▽第三部「相談支援センター」に相談ください  
入場無料。申し込み締め切りは20日。問い合わせは長崎がん相談支援センター（電095・8993・6621）。

資料7 セルフケアアップ講座 (第1回～第3回)

OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
**セルフケアアップ講座**  
 一患者・家族が出来る介護のポイント  
 『がん療養における食事のヒント』



**日時** H22.5.15(土)  
14:00～16:00

**場所** 桜馬場地区ふれあいセンター  
第1研修室  
(長崎市桜馬場1丁目1-5)

会場付近の地図

内容 14:00～  
 講話「がん療養における食事のヒント」  
 古川 美和 氏(長崎市医師会 管理栄養士)

15:00～  
 質疑応答・メニューの試食  
 情報交換会・茶話会

対象 がん患者さんとそのご家族

**参加申込について**  
 参加希望の方は、下記申込先にお電話ください。  
 (匿名での申込も可能です。)

**参加申込先:TEL095-893-6621(長崎がん相談支援センター)**

問合せ先 長崎がん相談支援センター (TEL:095-893-6621 FAX:095-826-3021)  
 主催 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)、長崎がん相談支援センター

OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
**セルフケアアップ講座**  
 一患者・家族が出来る介護のポイント  
 『コンチネンスケアについて～気持ちよく排泄をするために～』



**日時** H22.6.5(土)  
14:00～16:00

**場所** アマランス 長崎市男女共同参画推進センター 研修室  
(長崎市魚の町5-1 長崎市民会館 1階)

会場付近の地図

内容 14:00～  
 講話「コンチネンスケアについて」  
 榊原千秋先生(金沢大学看護学部看護学専攻 准教授)

対象 がん患者さんとそのご家族

**参加申込について**  
 参加希望の方は、下記申込先にお電話ください。  
 (匿名での申込も可能です。)

**参加申込先:TEL095-893-6621(長崎がん相談支援センター)**

問合せ先 長崎がん相談支援センター (TEL:095-893-6621 FAX:095-826-3021)  
 主催 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)、長崎がん相談支援センター

OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
**セルフケアアップ講座**  
 テーマ: 地域と仲間とともに支え合う島根のがんサロン



**日時** H22.9.11(土)  
14:00～16:00

**場所** 長崎県看護協会  
長崎会館5階研修室  
(長崎市魚の町日赤内)

会場付近の地図

内容

1)基調講演  
 佐藤愛子氏:地域サロン  
 「ちょっと寄って見ませんか」代表

2)パネルディスカッション  
 「サロン活動の実際と運用」  
 パネリスト(鳥取県・出雲市から)  
 佐藤愛子氏:地域サロン  
 「ちょっと寄って見ませんか」代表  
 今岡意志子氏:がん拠点病院 院内サロン  
 「ほっとサロン」世話役  
 小林貴美子氏:保健所内サロン  
 「雲南サロン陽だまり」代表  
 小豆澤伸司氏:島根県医療対策課 主幹

対象  
 がん患者さん・ご家族の皆さん  
 医療・保健・福祉・行政機関の方

**参加費無料**

**参加申込について**  
 参加希望の方は、下記申込先にお電話ください。  
 (匿名での申込も可能です。)

**参加申込先:TEL095-893-6621(長崎がん相談支援センター)**

問合せ先 長崎がん相談支援センター (TEL:095-893-6621 FAX:095-826-3021)  
 主催 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)

## 資料 8 長崎がん相談支援センターの案内チラシ

## 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：〒850-8511 長崎市栄町2-22  
長崎市医師会館 2F

電話番号：095-893-6621

FAX番号：095-826-3021

受付時間：月～金 9：00～17：00  
土曜日 9：00～12：00

ホームページ

<http://www.kanwa-nagasaki-nema.jp/index.html>



◎ 以下の病院でもがんに関する相談を受け付けています

### 長崎市がん診療連携拠点病院

長崎大学病院 がん診療センター がん相談支援室

住所：〒852-8501 長崎県長崎市坂本1-7-1

電話番号：095-819-7779

受付時間：月～金 9：00～17：00

URL：<http://www.mh.nagasaki-u.ac.jp/coc/index.html>

日本赤十字社長崎原爆病院 医療相談室

住所：〒852-8511 長崎県長崎市茂里町3-15

電話番号：095-847-1511 (内線1169)

受付時間：月～金 9：00～17：00

URL：<http://www.nagasaki-med.jrc.or.jp/section/iryosodan/index.html>

長崎市立市民病院 地域医療連携室

住所：〒850-8555 長崎市新地町6-39

電話番号：095-822-3251 (内線2237)

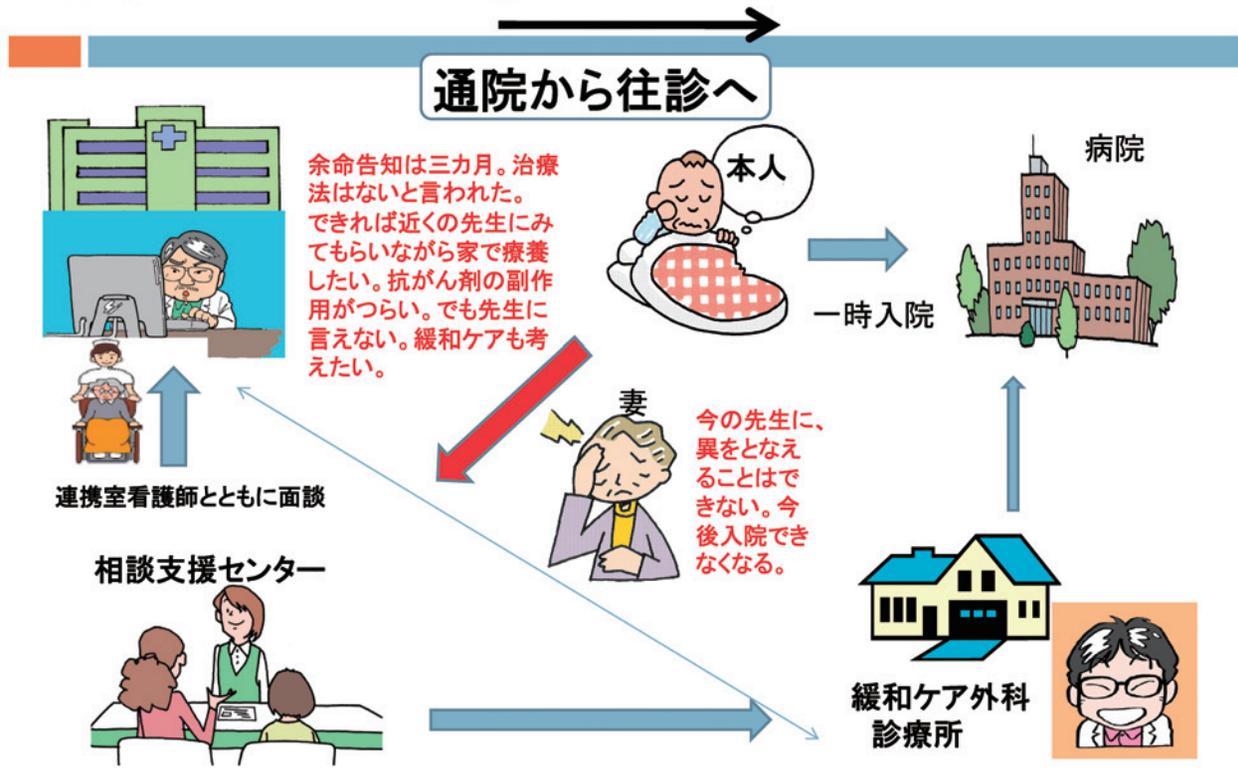
受付時間：月～金 8：30～17：00

<http://www1.city.nagasaki.nagasaki.jp/shibyotiiki/tiiki.html>

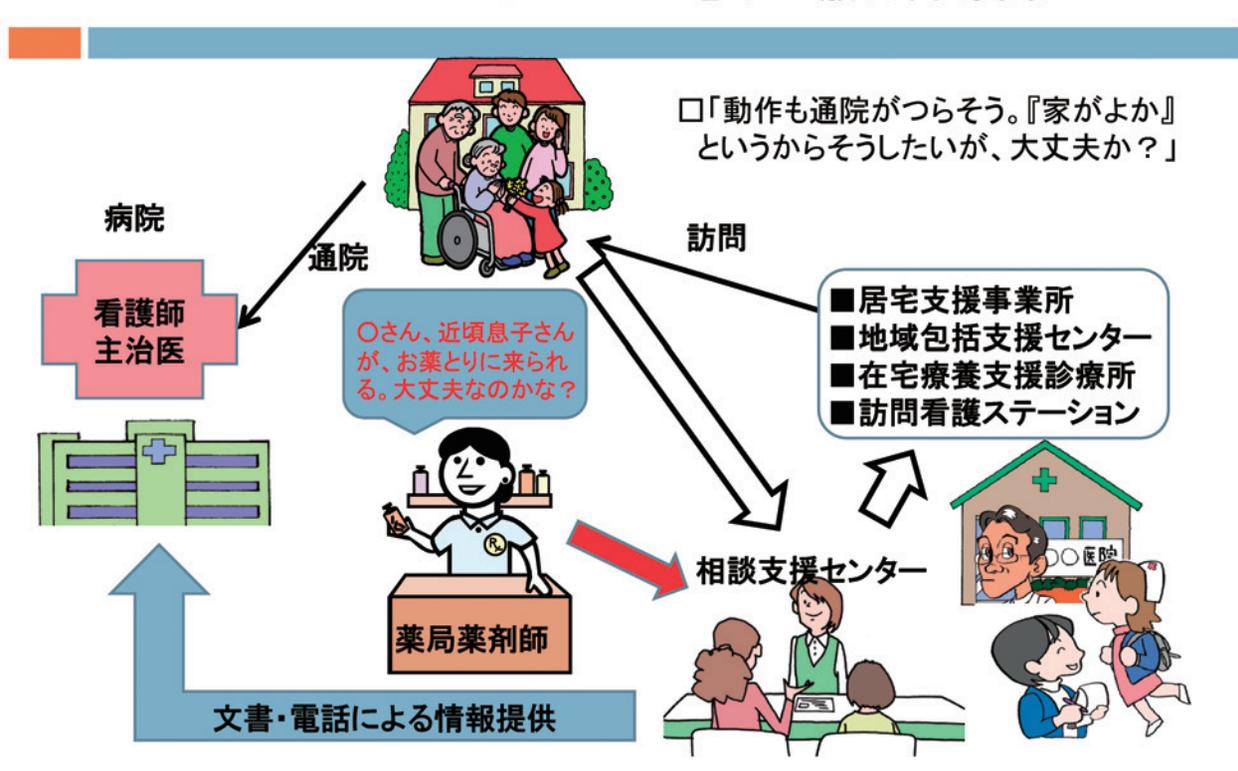
どなたでもご相談  
いただけます  
相談は無料です

\* 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 \*

## 相談をつなぐ① ○:本人60歳代、胃がん(通院中) □:配偶者60歳代、主婦



## 相談をつなぐ② ○:本人80歳代、肺がん(通院) □:息子60歳代、自営業



## 資料 10 「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、あなたがどういう方で、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、どのようなご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るうえで、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、一緒にすこし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。



## 資料 11 緩和ケアチームカンファレンスへの在宅側スタッフの参加

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											

## 資料 12 在宅かかりつけ医の紹介システムで作成した同意書

## 個人情報の使用に係る同意書

所在地  
名称  
院長

私は、患者及びその家族に関する個人情報で当医療機関が保有するもののうち、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。

同意日：平成 年 月 日

施設名 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 剛稔

利用者 住所 氏名 印

代理人 (続柄) 住所 氏名 印

家族 (続柄) 住所 氏名 印

資料 13 在宅医療費簡易計算表と医療費に係わる制度のフローチャート

在宅医療費簡易計算表

【 診療報酬 】					
項目		単価	数 計	備考	
在宅時医学総合管理料 I	(院外処方)	在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院の場合	42,000 円 / 月	0	
	(院内処方)	月2回以上の定期的な訪問資料を行っている場合に月1回限り算定	45,000 円 / 月	0	訪問診療または往診が2回以上で月1回算定
在宅移行早期加算		退院後、3月まで加算される	1,000 円 / 月	0	
在宅 在宅患者訪問診療		定期的ないし計画的に赴いた診療は算定できない	8,300 円 / 日	0	※居住系施設入所者等の場合: 200点
再診料(診療所の場合)			6,500 円 / 日	0	
	+ 時間外	表示する診療時間以外の時間	710 円 / 日	0	※往診の場合に追加で加算されることが多い
	+ 休日	休日の場合	1,360 円 / 日	0	+65点
			2,610 円 / 日	0	+190点
訪問点滴指導料		週3日以上点滴注射を行う必要を認め、1週間のうち3日以上看護師等が患者を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。	600 円 / 週	0	
			計	0	

訪問診療報酬合計 : \_\_\_\_\_ 円

訪問診療にかかる自己負担分: \_\_\_\_\_ 円

【 訪問看護 】					
項目		単価	数 計	備考	
基本療養費	訪問看護基本療養費(I)及び(III)看護師等	(III)とは、居住系施設入所者等での利用者に対して訪問看護を行った場合	5,500 円 / 日	0	週3日目まで
	緊急時訪問看護加算	利用者・または家族の求めに応じ主治医の指示により緊急に訪問した場合	6,550 円 / 日	0	週4日目以降
	長時間訪問看護加算	長時間(2時間以上)の訪問を要する患者に対して長時間にわたる訪問看護を実施した場合。週1日を限度に加算	2,650 円 / 日	0	
管理療養費	訪問看護管理療養費	訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に対して提出するとともに計画的な管理を	7,050 円 / 月	0	月の初日に1回だけ算定
	24時間対応体制加算	地方社会保険事務局長に届け出たステーションが利用者または家族に対して24時間の対応体制又は連絡体制がある場合(本人の同意を得た場合に限り)に算定。他のステーションが算定している場合は不可。	2,900 円 / 日	0	月の2日目以降、1日ごとに算定
情報提供療養費		利用者の同意を得て、保険福祉サービスを提供するために必要な情報を提供した場合、月1回限り算定。他のステーションが算定している場合は不可。	5,400 円 / 月	0	※訪問も可能
			1,500 円 / 月	0	
			計	0	

訪問看護費合計 : \_\_\_\_\_ 円

訪問看護にかかる自己負担分: \_\_\_\_\_ 円

【 薬剤 】				
項目		点数	計	備考
調剤基本料		63	点	0
調剤料	内服	35	点	0
	外用	21	点	0
	外用1剤につき	10	点	0
		計		0

◆医療用オピオイド薬価一覧 ※小数点以下省略

投与経路	成分名	薬剤	薬価(※)	薬価単位	数	計	備考
内服	オキシドン塩酸塩水和物	オキシシロニチン錠 5mg	149	T		0	
		オキシシロニチン錠 10mg	279	T		0	
		オキシシロニチン錠 20mg	523	T		0	
		オキシシロニチン錠 40mg	965	T		0	
	モルヒネ塩酸塩水和物	オキノーム散0.5% 0.5g/P	65	P		0	
		オキノーム散0.5% 1g/P	130	P		0	
		オプソ内服液 5mg	124	包		0	
		オプソ内服液 10mg	231	包		0	
		カチアソカ7セル 20mg	556	C		0	
注射	モルヒネ塩酸塩水和物	モルヒネ塩酸塩注射液 (10mg)	315	A		0	
		塩酸モルヒネ注射液「ソノキ」50mg	1,422	A		0	
		塩酸モルヒネ注射液 (200mg)	5,193	A		0	
	ケタミン塩酸塩	ケタラール筋注用 500mg	1,542	V		0	
		ケタラール静注用 200mg	739	V		0	
ケエン酸フェンタニール	フェンタニール注射液 0.1mg「三共」	350	A		0		
		計				0	

薬剤費合計 : 円

薬剤費にかかる自己負担分:

円

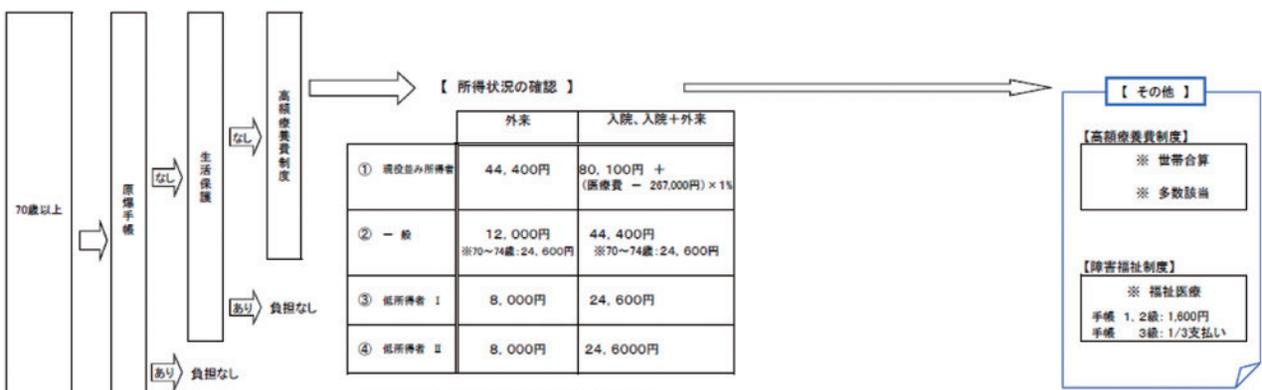
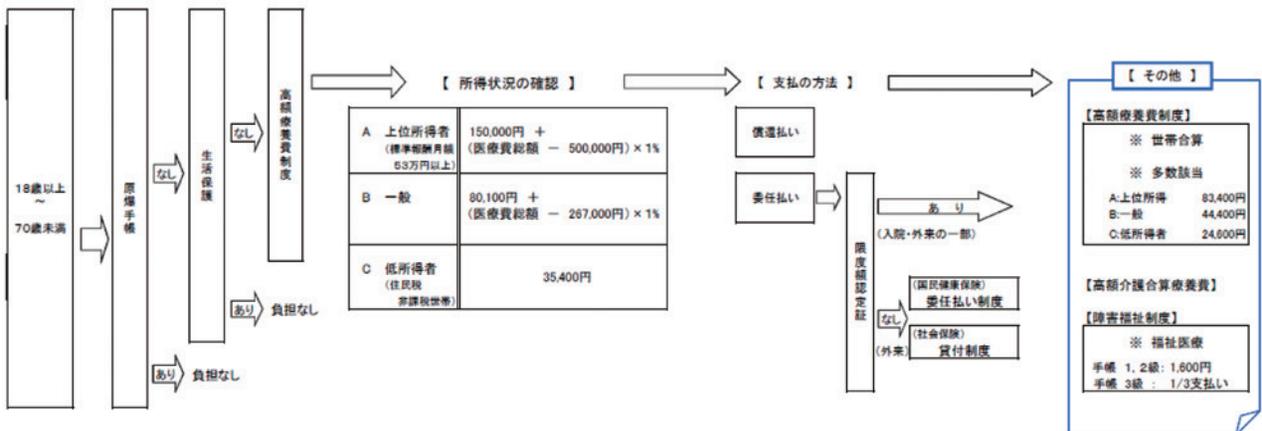
※1割自己負担費用総計

円



緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM長崎

医療にかかる制度のフローチャート



※75歳到達月には自己負担限度額特例がある



緩和ケア普及のための地域プロジェクト（緩和ケアプログラムによる地域介入計画）

## 地域緩和ケアチームのご案内

地域緩和ケアチームは、地域の様々なニーズにおこたえするためにコンサルテーション（相談）と出張緩和ケア研修を行ないます。

### 1 地域緩和ケアチームの活動の目的

地域緩和ケアの質の向上と均てん化。

### 2 地域緩和ケアチームの活動の内容

1) コンサルテーション・・・地域の医療従事者や関連職種からの緩和ケアに関するご相談（例えば、がん患者の症状コントロールがうまくいかないなど）に地域緩和ケアチームの各専門職が、相談内容に沿った助言などを行う。

2) 出張緩和ケア研修・・・地域の医療・福祉従事者の臨床の場に、地域緩和ケアチームが訪問し、実践に即した緩和ケアの研修を行なう。

### 3 地域緩和ケアチームの職種

・医師（症状緩和医師、精神科医師）・看護師・薬剤師・臨床心理士・管理栄養士

### 4 コンサルテーションならびに出張緩和ケア研修の申し込み窓口

「長崎がん相談支援センター」

電話番号：095-893-6621

FAX 番号：095-826-3021

メールアドレス：kanwa@ncma.or.jp

### 5 申し込みからの具体的流れ（申し込みから対応までのフローチャート参照）

#### 1) コンサルテーション

##### 利用いただける方

緩和ケア普及のための地域プロジェクトの介入地域において、がん患者のケアにあたっている、医療・福祉従事者（講習会を受講した医療施設、訪問看護ステーション、調剤薬局、MSW、居宅介護事業者、施設）で、専門的緩和ケアの相談を希望される方。

\* 患者さん及びご家族からの直接相談や依頼には基本的に対応いたしません。

**申し込み方法**

- ・「緩和ケアチーム・依頼シート」に必要事項を記入し、長崎がん相談支援センターに電話・メール・FAXで申し込みをしてください。
- \* 依頼に際しては、患者さんもしくは代理人に、地域緩和ケアチームのコンサルテーションを利用することの承諾を得てください。
- \* 主治医以外の方が依頼される場合で、相談内容が個々の症例への具体的なコンサルテーションの場合は、主治医の同意を得ていただく場合があります。
- ・相談支援センターで相談内容と緊急性などを考慮し、調整後地域緩和ケアチームのメンバーがコンサルトに応じます。
- ・直接診療が必要と判断された場合は出張し、主治医や担当看護師と共に往診を行うこともあります。フォローアップが必要な場合は主治医、看護師への電話連絡や訪問診療を継続します。
- ・経過をアセスメントシート、緩和ケアチーム登録シートに記載し、依頼シートとともに長崎がん相談支援センターに保管させていただきます。

**2) 出張緩和ケア研修****利用いただける方**

診療所医師、訪問看護師、地域の病院医師・看護師・薬剤師・MSW など

**申し込み方法**

希望する対象者および地域医療機関は「緩和ケアチーム依頼シート」の相談内容の欄に（出張緩和ケア研修希望）と記載し、長崎がん相談支援センターにメール・FAXで申し込みを行ってください。

希望される内容や日時をもとに担当者を決定し、ご連絡させていただきます。

**研修内容**

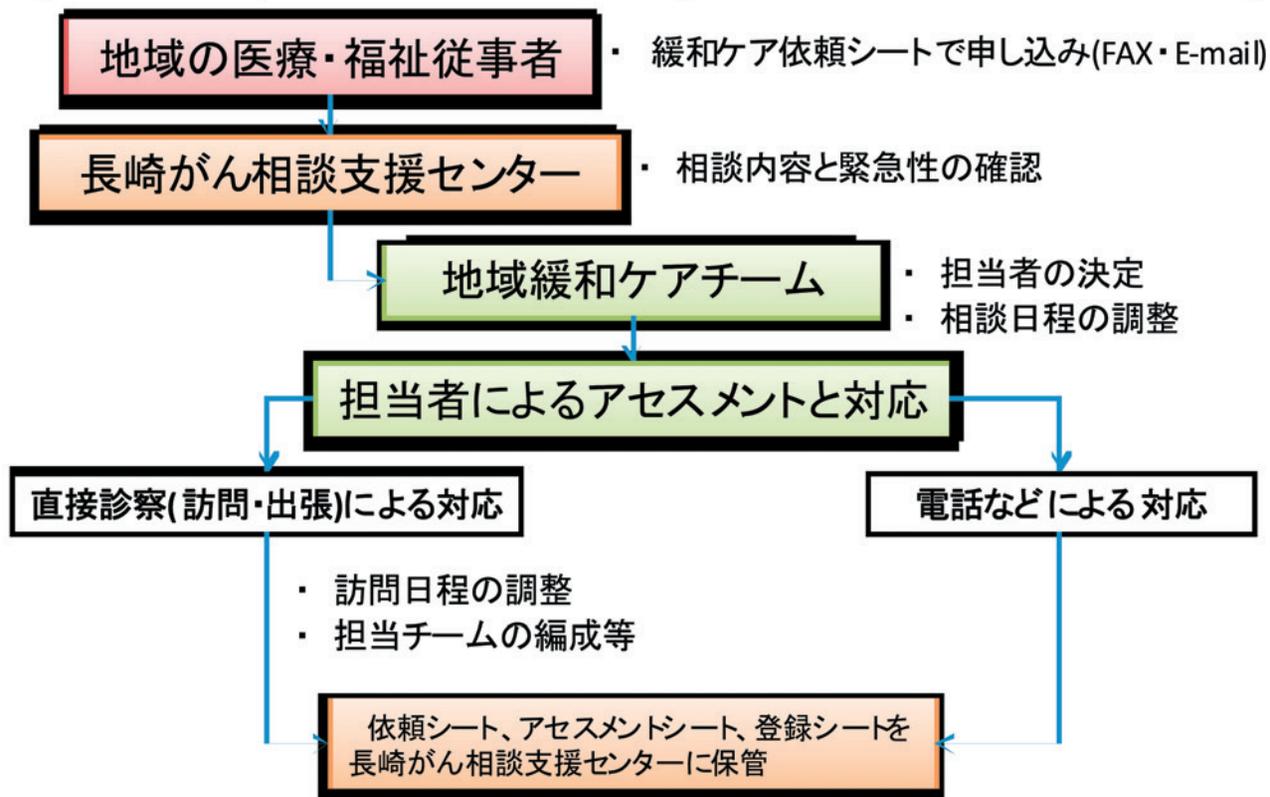
- ・症例検討
- ・講習
- ・回診
- ・カンファランス
- ・外来など
- ・その他（ご相談に応じますが、原則として直接診療は行ないません）

コンサルテーション・出張緩和ケアいずれも**依頼シート**で  
どうぞお気軽にご利用ください。

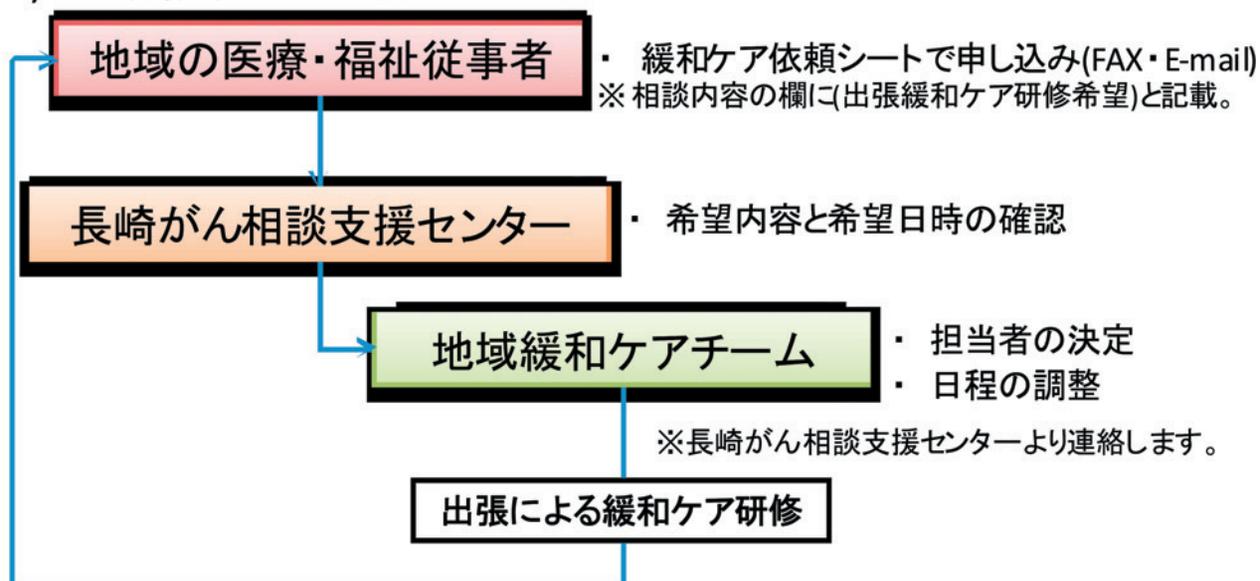
## 申込から対応までのフローチャート

※患者および家族からの直接相談や依頼への対応は基本的に行わない。  
 ※申し込みに際しては、患者もしくは代理人に地域緩和ケアチームのコンサルテーションを利用することの承諾を得ておく。

### 1) コンサルテーション



### 2) 出張緩和ケア研修



## 資料 15 地域緩和ケアチームコンサルテーション症例のまとめ

年齢	性別	病名	PS	相談内容	依頼元	対応
90歳代	女性	舌がん	不明	オピオイドの導入	在宅医	FAX
90歳代	女性	皮膚がん	4	皮膚病変の局所の疼痛	在宅医	メール
不明	不明	食道がん	不明	オピオイドローテーション	在宅医	メール
60歳代	男性	食道がん	4	セデーション	在宅医	メール
80歳代	男性	肺がん	4	不眠, せん妄	在宅医	メール
70歳代	男性	胃がん	2	せん妄	在宅医	メール
70歳代	男性	胃がん	不明	食事, 栄養	保健福祉センター	管理栄養士による栄養相談
60歳代	女性	すい臓がん	2	希死念慮, 不安	在宅医	メール
70歳代	男性	リンパ腫	4	痙攣	在宅医	不明
80歳代	女性	肺がん	不明	疼痛	在宅医	電話 (ステップ緩和ケアを FAX)
50歳代	男性	直腸がん	4	疼痛, 眠気	在宅医	出張コンサルテーション (計 4 回), 往診への同行
90歳代	女性	不明	4	皮下輸液	老人ホーム	出張コンサルテーション, 往診への同行
80歳代	女性	肺がん	不明	便秘, オピオイドの投与, 制吐剤	在宅医	メール
50歳代	女性	すい臓がん	3	疼痛	病院	出張コンサルテーション
50歳代	女性	卵巣がん	4	疼痛, 不眠	在宅医	メール
40歳代	男性	大腸がん	4	疼痛	在宅医	メール
70歳代	男性	胃がん	不明	せん妄, 不眠	在宅医	メール
50歳代	女性	神経膠芽腫	4	セデーション	在宅医	不明
60歳代	男性	胆管がん	1	疼痛, 嘔気	病院	出張コンサルテーション



## 第三章 研究成果

2011年度までに発表された研究成果を示す。



## 学会発表

- 1) 平井 啓, 工藤直志, 塩崎麻里子, 山木照子, 秋山美紀, 的場元弘, 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 白髭 豊, 江口研二. 地域住民の緩和ケアの利用に対する準備性と各種メディアに対する信頼性: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 2) 吉田沙蘭, 宮下光令, 平井 啓, 森田達也, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 江口研二. 一般市民がもつ緩和ケアの整備に対する認識: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 3) 赤澤輝和, 森田達也, 笹ヶ瀬容子, 藤森まり子, 山岸暁美, 坂本はと恵, 秋月伸也, 江口研二. がん医療における相談記録シートの作成と実施可能性の検討: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 4) 古村和恵, 宮下光令, 森田達也, 山岸暁美, 井村千鶴, 前堀直美, 平山美香, 吉原律子, 秋月伸哉, 志真泰夫, 江口研二. がん患者と医療者の情報共有ツール「わたしのカルテ」の必要性に関する質問紙調査: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 5) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 森田達也. がん患者に求められる支援・サポートとは—地域医療者のプレインストーミングの結果から: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 6) 前堀直美, 伊藤 譲, 富田 治, 笹田庸子, 野末よし子, 井上 聡, 森田達也. 浜松市保険薬局薬剤師に対してのがん緩和医療に関するアンケート調査. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 7) 深堀浩樹, 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 江口研二. 高齢者施設におけるがん患者への緩和ケアの実態: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 8) 宮下光令, 森田達也, 吉田沙蘭, 三條真紀子, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 江口研二. 一般市民のがん医療に対する安心感および医療用麻薬・緩和ケア病棟に対する認識: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 9) 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 江口研二. 地域の医師・看護師の緩和医療の提供に関する自信および困難感: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 10) 山岸暁美, 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 吉田沙蘭, 江口研二. 一般市民および地域在住がん患者の療養死亡場所の希望: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 11) 山岸暁美, 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭 豊, 江口研二. がん患者における在宅療養継続の阻害要因および在宅診療提供体制: OPTIM-study. 第13回日本緩和医療学会学術大会. 2008.7.4~5, 静岡
- 12) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 古村和恵. 緩和ケア普及のための地域介入プログラムの実施可能性と有用性: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 13) 前堀直美, 水上有紀子, 出雲孝志, 安達三郎, 森田達也, 永江浩史. 保険薬局の電話モニタリングと受診前来局による症状緩和の評価: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 14) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域介入プログラムにおける緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 15) 清原恵美, 井上 聡, 福田かおり, 井村千鶴, 森田達也. 地域緩和ケアを促進するための看護師に対するホスピス研修の有用性: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 16) 藤本亘史, 森田達也, 深澤貴子, 川口知香, 佐々木一義, 吉川陽子, 山田博英, 鷲津潤彌, 鈴木留美, 伊藤富士江. 地域医療者調査をもとに地域の課題を共有するための緩和ケア専門家によるフォーカスグループの試み: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 17) 井村千鶴, 藤本亘史, 細田 修, 小野宏志, 森田達也. 地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 18) 赤澤輝和, 森田達也, 古村和恵, 井村千鶴, 野末よし子. 地域の緩和ケアサービスの情報共有方法はどのようにすればよいか?: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 19) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. がん患者に求められる支援・サポートについての地域でのフォーカスグループ: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 20) 野末よし子, 井村千鶴, 西尾かをる, 佐藤文恵, 松井順子, 森田達也. 浜松市におけるがん患者のケアマネジメントについての実態調査: OPTIM 浜松. 第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 21) 三原一郎, 鈴木 哲, 秋山美紀, 武林 亨, 中目一郎, 鈴木 聡, 松原要一. 地域緩和ケア推進のための情報共有ツールの開発と運用: OPTIM-study 鶴岡. 第14回日本

- 緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 22) 古村和恵, 佐久間由美, 鈴木小ゆり, 前堀直美, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. がん患者の医療情報共有ツール「わたしのカルテ」の有用性に関する介入調査: OPTIM 浜松. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 23) 白髭 豊, 出口雅浩, 吉原律子, 平山美香, 北條美能留, 川崎浩二, 野田剛稔. 在宅スタッフが拠点病院緩和ケアカンファレンス, ハイリスク・カンファレンスに参加することによる在宅移行症例数の増加: OPTIM 長崎. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 24) 林 真子, 尾崎 仁, 原田久美子, 秋月伸哉, 木下寛也, 内富庸介, 江角浩安. がん末期患者の在宅療養移行時の地域連携における課題とその解決法について—地域の医療福祉従事者による症例検討会を通して: OPTIM-study. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6.19~20, 大阪
- 25) 森田達也, 山岸暁美, 秋山美紀, 木下寛也, 白髭 豊, 江口研二. 緩和医療と精神腫瘍学—地域における緩和ケア: OPTIM プロジェクトから学んだこと. 第 68 回日本癌学会学術総会. 2009.10.1~3, 横浜
- 26) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 森田達也. 在宅の視点のある病棟看護尺度の開発. 第 29 回日本看護科学学会学術集会. 2009.11.27~28, 千葉
- 27) 古村和恵, 山岸暁美, 森田達也, 末田千恵, 川越正平, 秋月伸哉, 永江浩史, 富樫 清, 江口研二. 「わたしのカルテ」の運用課題と有用性に関する多地域・多施設インタビュー調査: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 28) 古村和恵, 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 秋月伸哉, 白髭 豊, 秋山美紀, 佐藤一樹, 加藤雅志, 江口研二. 進行がん患者および遺族は在宅療養について「急な変化や夜間に対応できない」「病院と同じように苦痛を和らげられる」と思っているか?: OPTIM-study による多施設調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 29) 佐藤一樹, 宮下光令, 五十嵐歩, 梅田 恵, 石ヶ森一枝, 木澤義之, 秋山美紀, 秋月伸哉, 森田達也, 白髭 豊, 江口研二. 地域の医療機関に勤務し, がん患者をケアする看護師の緩和ケアに関する知識, 実践, 困難感の実態とその関連要因: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 30) 五十嵐歩, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 秋山美紀, 秋月伸哉, 白髭 豊, 江口研二. 終末期がん患者における死亡場所と死亡前の療養場所の特徴: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 31) 宮下光令, 森田達也, 秋山美紀, 秋月伸哉, 白髭 豊, 江口研二. がん医療に対する安心感尺度の作成と関連要因: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 32) 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 五十嵐歩, 秋山美紀, 秋月伸哉, 白髭 豊, 江口研二. 地域の病院 (一般病棟, 緩和ケア病棟), 診療所のがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 33) 平井 啓, 秋山美紀, 武林 亨, 的場元弘, 宮下光令, 森田達也, 白髭 豊, 秋月伸哉, 江口研二. がん患者と遺族の緩和ケアに対する認識と準備性: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 34) 大谷弘行, 福田かおり, 森田達也, 清原恵美, 白土明美, 小田切拓也, 井上 聡. 「看取りのパフレット」を用いた家族への介入研究: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 35) 鈴木留美, 外山久美子, 請井ちひろ, 藤本亘史, 山田博英, 佐々木一義, 福本和彦, 森田達也. 外来で実施可能な緩和ケアのニーズを把握する問診票: 「生活のしやすさの質問票」第 3 版を使用した 2000 件の実践: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 36) 福本和彦, 深澤貴子, 川口知香, 坂口孝宣, 田中達郎, 大西一功, 今野弘之, 森田達也. 麻薬導入タイトレーションパス作成の効果: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 37) 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英, 野末よし子, 井村千鶴, 伊藤富士江, 森田達也. 病院内のどこにどんな緩和ケアの冊子をおいたらいいのか?: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 38) 前堀直美, 水上有紀子, 伊藤 譲, 安達三郎, 井村千鶴, 永江浩史, 森田達也. 保険薬局薬剤師の電話モニタリングによる症状緩和の評価: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 39) 山田博英, 川崎由実, 内山瑠美, 津村明美, 井村千鶴, 佐々木一義, 鈴木留美, 福本和彦, 森田達也. 地域のがん患者・遺族調査の自由記述の内容分析に基づく病院医師向け緩和ケアリーフレット作成: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 40) 野末よし子, 松井順子, 西尾かをる, 佐藤文恵, 伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. 地域における介護保険の迅速化介入のフォローアップ調査: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 41) 伊藤富士江, 井村千鶴, 熊谷純一, 井ノ口佳子, 福本祐子, 森田達也. 理論サンプリングに基づく診療所訪問による在宅緩和医療の課題と解決策の抽出: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 42) 青木 茂, 熊谷純一, 藤島百合子, 小野宏志, 金子重久, 小助川雅巳, 細田達也, 西澤由佳, 森田達也. 地域緩和ケアプログラムによる在宅死亡数の変化と, 同一地域における在宅・ホスピス・病院死亡患者の遺族の評価の差: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 43) 佐々木一義, 吉川陽子, 松井有美栄, 鈴木留美, 山田博英, 福本和彦, 小野宏志, 森田達也. 地域緩和ケアプログラムによる専門緩和ケアサービスの利用状況の変化: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 44) 佐藤 泉, 佐原千恵子, 木村美保, 名倉桂古, 和久田晴久, 増田順子, 石塚知己, 大場友輝, 西尾かをる. 地域の地域連携担当者地域医療福祉従事者が行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの有用性: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 45) 井村千鶴, 井上 聡, 清原恵美, 佐久間由美, 加藤亜沙代, 大木純子, 笹ヶ瀬容子, 田村ひでみ, 若野倫義, 野末よし子, 森田達也. 地域における緩和ケアの連携を促進するための地域多職種カンファレンスの有用性: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京

- 46) 細田 修, 小野宏志, 青木 茂, 藤本亘史, 井村千鶴, 森田達也. 診療所における地域緩和ケアカンファレンスの有用性の質的分析: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 47) 福田かおり, 大谷弘行, 津村明美, 森田達也, 清原恵美, 白土明美, 小田切拓也, 井上 聡. 「看取りのパンフレット」を用いた遺族の体験に関する質的研究: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 48) 赤澤輝和, 野末よし子, 倉田園子, 井村千鶴, 伊藤富士江, 森田達也. 地域に一斉配布した緩和ケアの啓発マテリアルはどうなっているのか? OPTIM 浜松からの全数実態調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 49) 川口知香, 福本和彦, 深澤貴子, 河合みどり, 桑原弓枝, 田中達郎, 大西一功, 森田達也. 緩和ケアチーム看護師の専従化が緩和ケアチームの活動に及ぼす効果: OPTIM 浜松. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 50) 末田千恵, 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 秋月伸哉, 白髭 豊, 秋山美紀, 佐藤一樹, 加藤雅志, 江口研二. がん患者の遺族は、どのくらい介護負担感を感じているのか?: OPTIM-study による多施設調査. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 51) 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 秋月伸哉, 白髭 豊, 秋山美紀, 佐藤一樹, 加藤雅志, 江口研二. 外来進行がん患者の疼痛と Quality of Life に関する多施設調査: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 52) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 末田千恵, 白髭 豊, 秋山美紀, 秋月伸哉, 武林 亨, 加藤雅志, 江口研二. 地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か? OPTIM-study 一介入 4 地域の医療福祉従事者によるフォーカスグループからの課題抽出と意見交換会の評価. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 53) 渋谷美恵, 阿部恵子, 富樫 清, 白峯ゆみ, 山岸暁美, 末田千恵, 工藤由美, 本間幸井, 佐藤和佳, 斎藤典子, 鈴木聡. 病棟看護師は、訪問看護ステーションで何を学んだか?: OPTIM 鶴岡一病棟看護師の在宅の視点を養う研修プログラムのファーストステップ. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 54) 叶野明美, 鈴木 聡, 土田兼史, 富樫 清, 佐藤八重, 相庭 伸, 佐藤智行, 長谷川伸, 菅原由紀, 末田千恵, 山岸暁美. 緩和ケアの市民啓発における寸劇の有用性評価: OPTIM 鶴岡. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 55) 佐藤八重, 長谷川伸, 和泉典子, 奥山慎一郎, 渋谷美恵, 佐藤久美, 富樫 清, 叶野明美, 佐藤 正, 土田兼史, 鈴木 聡. がん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性評価: OPTIM 鶴岡. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 56) 鈴木 聡, 渋谷美恵, 富樫 清, 高橋牧郎, 高橋美香子, 中目千之, 秋山美紀, 武林 亨, 松原要一. 緩和ケアスキルアップ研修会は、どの程度緩和ケアの普及に貢献できたか: OPTIM 鶴岡. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 57) 山川 宣, 山岸暁美, 古村和恵, 江口研二. 緩和ケア普及における情報発信—ホームページの利用動向: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 58) 加藤雅志. わが国における地域緩和ケア: OPTIM プロジェクトの経験から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 59) 吉原律子. 地域での緩和ケア提供への取り組み. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 60) 鬼塚伸也, 内田恭一郎, 末永良子, 河村留理子, 古田美津子, 平田康子, 川上聡子, 早川 滉, 吉田二美子, 白髭 豊, 野田剛稔. 当院における緩和ケアの評価と課題—OPTIM 長崎アンケート調査から. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 61) 秋山美紀, 武林 亨, 平井 啓, 的場元弘, 森田達也, 宮下光令, 山岸暁美, 白髭 豊, 秋月伸哉, 江口研二. 地域で療養生活を送ることに関する患者、家族の安心感とその要因: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 62) 平山美香, 野田剛稔, 白髭 豊, 吉原律子. がん診療連携拠点病院外に設置した「がん相談支援センター」の利用実績と役割: OPTIM 長崎. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 63) 原田久美子, 中村香織, 山岸暁美, 末田千恵, 古村和恵, 内田麻衣, 酢崎真理子, 宮島貴代子, 植野順子, 渡邊由紀子, 木下寛也. がん患者のケアマネジメントにおける医療連携の課題: OPTIM 柏. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 64) 安中正和, 詫摩和彦, 白髭 豊, 野田剛稔. 長崎市における患者・遺族調査の分析: OPTIM 長崎. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 65) 木澤義之, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 江口研二. 地域の医療機関に勤務する医師の緩和ケアに関する知識・実践・困難感? がん対策のための戦略研究『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』介入前調査から: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 66) 林 真子, 原田久美子, 秋月伸哉, 木下寛也. 多職種対象の効果的な緩和ケア研修の検討: OPTIM 柏. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 67) 奥平定之, 詫摩和彦, 野田剛稔, 白髭 豊, 安中正和, 吉原律子, 上戸穂高. 長崎県における施設看取りの実態調査: OPTIM 長崎. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 68) 武林 亨, 秋山美紀, 平井 啓, 的場元弘, 森田達也, 宮下光令, 山岸暁美, 秋月伸哉, 白髭 豊, 江口研二. 緩和ケア・医療用麻薬に関する患者、家族の知識とケアの質評価尺度および緩和ケアの準備状態との関連: OPTIM-study. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 69) 林 真子, 原田久美子, 内田麻衣, 坂本はと恵, 市橋富子, 小川朝生, 秋月伸哉, 木下寛也. 院外型がん相談支援センターの特徴と課題の検討—院内型がん相談支援センターとの比較から: OPTIM 柏. 第 15 回日本緩和医療学会学術大会. 2010.6.18~19, 東京
- 70) 中目千之. 未整備地域における緩和ケアシステムの構築—医師会の立場から. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌

- 71) 瀬尾利加子. 未整備地域における緩和ケアシステムの構築—地域医療連携の立場から. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 72) 益富美津代. ホスピス病棟からみた, 長崎地域におけるOPTIMによる効果と今後の課題. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 73) 古川美和, 白髭 豊, 藤井 卓, 鳥山ふみ子, 吉田共栄, 野田剛稔. 緩和ケアの中の「食」—食べる意欲が生きていく意欲へ. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 74) 原田久美子, 木下寛也, 内田麻衣, 小島歩実子. 病院内に設置された相談支援センターの活動について. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 75) 荒巻麻衣子. 柏市におけるがん対策の取り組み—OPTIMとの連携から得られたもの. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 76) 前堀直美. 外来通院・在宅患者に対する保険薬局薬剤師の介入責任と今後の課題—がん戦略研究OPTIMプロジェクト参加からの考察. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 77) 佐藤 泉. 自分らしい療養生活を支えるための訪問看護師としての活動報告と今後の課題. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 78) 佐田悦子, 出口雅浩, 野田剛稔, 白髭 豊, 富安志郎, 松尾誠司, 松尾英俊, 龍 恵美, 峰 忠文, 平山美香. 在宅緩和ケアにおける保険薬局の関わり・医療用麻薬の適正管理に向けて「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」長崎での取り組み. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 79) 山本 亮, 森田達也, 大谷弘行, 松尾直樹, 新城拓也, 宇野さつき, 松原龍弘, 前野 宏, 芽根義和, 池永昌之, 井上 聡. 「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 80) 大谷弘行, 森田達也, 松尾直樹, 新城拓也, 宇野さつき, 山本 亮, 松原龍弘, 廣瀬 光, 瀧川千鶴子, 佐々木一義, 井上 聡. 「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 81) 森田達也, 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木 聡, 木下寛也, 白髭 豊, 鄭 陽. どのような緩和ケアセミナーが求められているのか: 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 82) 鄭 陽, 白土明美, 藤本亘史, 佐々木一義, 吉川陽子, 鈴木留美, 大岩早苗, 井上 聡, 井村千鶴, 森田達也. 患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 83) 藤本亘史, 森田達也, 福本和彦, 川口知香, 佐々木一義, 吉川陽子, 山田博英, 番匠千佳子, 鈴木留美, 大岩早苗. 早期からの緩和ケアは実現されている: OPTIM 浜松3年間の経験. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 84) 井村千鶴, 青木 茂, 細田 修, 小野宏志, 佐藤 泉, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 森田達也. 退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族からみた評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 85) 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 伊藤富士江, 森田達也. 浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 86) 井村千鶴, 佐原千恵子, 梨田えり子, 齋藤広江, 濱田史子, 前堀直美, 鈴木留美, 工藤ゆかり, 鳥山講子, 森田達也. 地域で行う困難事例カンファレンスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 87) 前堀直美, 小坂和宏, 井村千鶴, 青木 茂, 小野宏志, 細田 修, 佐藤 泉, 佐藤文恵, 森田達也. 遺族から見た保険薬局の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 88) 佐藤 泉, 小野宏志, 細田 修, 青木 茂, 井村千鶴, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 森田達也. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 89) 小野宏志, 青木 茂, 細田 修, 井村千鶴, 佐藤 泉, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 森田達也. 地域の多職種で作成した「今, 遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 90) 山内敏宏, 井上 聡, 鄭 陽, 小田切拓也, 厨芽衣子, 梨田えり子, 井村千鶴, 田村ひでみ, 森田達也. 地域におけるホスピスの役割: ホスピスの利用を考える会の評価: OPTIM 浜松. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 91) 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎, 難波幸井, 富樫 清, 柏倉 貢, 渋谷美恵, 武林 亨, 鈴木 聡. 地域緩和ケアチームが開催した多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 92) 奥山慎一郎, 釧持朝子, 富樫 清, 渋谷美恵, 佐藤 正, 鈴木 聡. 施設での看取りに対する意識調査: OPTIM 鶴岡・三川. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 93) 古村和恵, 山岸暁美, 赤澤輝和, 鈴木 聡, 和泉典子, 的場元弘, 森田達也, 江口研二. 市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 94) 白髭 豊, 野田剛稔, 吉原律子, 平山美香, 北條美能留, 川崎浩二, 小川富美子, 高崎多恵子. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM 長崎)による宅移行症例数, がん自宅死亡率の増加. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7.29~30, 札幌
- 95) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K. Do patients with advanced stages of cancer feel secure in receiving care at home and in the region?: a large-scale survey in Japan. Academy Health 2011 Annual Research Meeting. 2011.6.11~14, Seattle

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Kudo T, Yamaguchi T, Fukushima A, Eguchi K. Palliative care in Japan; Current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Med* 25 (5): 412-418, 2008.
- 2) Fukahori H, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. Administrators' perspectives on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities. *Support Care Cancer* 17 (10): 1247-1254, 2009.
- 3) Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 14 (8): 918-922, 2011.
- 4) Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage* 43 (2): 218-225, 2012.
- 5) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
- 6) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Providing palliative care: the views of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 43 (1): 59-67, 2012.
- 7) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, Shirahige Y, Eguchi K. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese nation-wide region-based multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43 (3): 503-514, 2012.
- 8) Komura K, Yamagishi A, Akizuki N, Kawagoe S, Kato M, Morita T, Eguchi K. Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. *Palliat Med* 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
- 9) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Yoshida S, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012 Jan 24. [Epub ahead of print]
- 10) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Matoba M, Yamada M, Matsumoto T, Yamaguchi T, Eguchi K. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11 (1): 2, 2012
- 11) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 古村和恵, 森田達也, 大木純子, 清原恵美, 井上 聡, 田村ひでみ, 藤本亘史, 大谷弘行, 天野功二, 佐久間由美, 加藤亜沙代, 福田かおり, 末田千恵, 山岸暁美. 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30 (11): 1553-1563, 2009.
- 12) 秋山美紀, 的場元弘, 武林 亨, 中目千之, 松原要一. 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. *Palliat Care Res* 4 (2): 112-122, 2009.
- 13) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 細田 修, 小野宏志, 井上 聡, 森田達也. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 37 (5): 863-870, 2010.
- 14) 井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 赤澤輝和, 森田達也. 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査. *緩和ケア* 20 (1): 92-98, 2010.
- 15) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 大木純子, 清原恵美, 野末よし子, 赤澤輝和, 田村ひでみ, 笹ヶ瀬容子, 井上 聡, 山岸暁美, 森田達也. 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20 (2): 204-209, 2010.
- 16) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 大木純子, 清原恵美, 野末よし子, 赤澤輝和, 田村ひでみ, 笹ヶ瀬容子, 井上 聡, 山岸暁美, 森田達也. 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性②. *緩和ケア* 20 (3): 308-312, 2010.
- 17) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 大木純子, 清原恵美, 野末よし子, 赤澤輝和, 田村ひでみ, 笹ヶ瀬容子, 井上 聡, 山岸暁美, 森田達也. 地域における緩和ケアの連携を促進

- する取り組み—フォーカスグループの有用性③. 緩和ケア 20 (4): 417-422, 2010.
- 18) 伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. 緩和ケア 20 (6): 641-647, 2010.
- 19) 赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. Palliat Care Res 5 (2): 171-174, 2010.
- 20) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 赤澤輝和, 森田達也. がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21 (1): 102-107, 2011.
- 21) 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいのか? 緩和ケア 21 (2): 221-225, 2011.
- 22) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 末田千恵, 白髭 豊, 木下寛也, 秋月伸哉, 鈴木 聡, 加藤雅志, 江口研二. 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyにより複数地域・多職種による評価. 癌と化学療法 38 (11): 1889-1895, 2011.
- 23) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 赤澤輝和, 森田達也. 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア 21 (3): 335-342, 2011.
- 24) 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 福田かおり, 森田達也, 井上 聡. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価. 死の臨床 34 (1): 110-115, 2011.
- 25) 井村千鶴, 青木 茂, 細田 修, 小野宏志, 佐藤 泉, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 森田達也. 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価. 緩和ケア 21 (5): 533-541, 2011.
- 26) 鈴木留美, 山口 崇, 藤本亘史, 安藤江美, 加藤亜沙代, 森田達也. 「生活のしやすさ質問票 第3版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニーズおよび専門サービス相談希望の調査. 緩和ケア 21 (5): 542-548, 2011.
- 27) 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 川越正平, 秋月伸哉, 山岸暁美, 的場元弘, 鈴木 聡, 木下寛也, 白髭 豊, 森田達也, 江口研二. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. Palliat Care Res 6 (2): 237-245, 2011.
- 28) 川越正平, 廣岡佳代, 白髭 豊. 電話インタビュー調査に基づく在宅医療診療連携システムの類型化 (OPTIM方式). 日本医事新報 4565号, p.87-92, 2011.
- 29) 小野宏志, 細田 修, 井村千鶴, 青木 茂, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 佐藤 泉, 森田達也. 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. 緩和ケア 21 (6): 655-663, 2011.
- 30) 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木 聡, 木下寛也, 鄭 陽, 白髭 豊, 木澤義之, 森田達也. どのような緩和ケアセミナーが求められているのか: 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 32 (8): 1215-1222, 2011.
- 31) 古村和恵, 山岸暁美, 赤澤輝和, 鈴木 聡, 和泉典子, 的場元弘, 森田達也, 江口研二. 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. 緩和ケア 22 (1): 79-83, 2012.
- 32) 井村千鶴, 鄭 陽, 白土明美, 藤本亘史, 佐々木一義, 吉川陽子, 鈴木留美, 大岩早苗, 井上 聡, 森田達也. 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. ペインクリニック 33 (2): 241-250, 2012.
- 33) 佐藤 泉, 小野宏志, 細田 修, 青木 茂, 井村千鶴, 佐藤文恵, 前堀直美, 小坂和宏, 森田達也. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. 訪問看護と介護 17 (2): 155-159, 2012.
- 34) 森田達也, 野末よし子, 花田芙蓉子, 宮下光令, 鈴木 聡, 木下寛也, 白髭 豊, 江口研二. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. Palliat Care Res 7 (1): 121-135, 2012.
- 35) 山岸暁美, 赤澤輝和, 瀬尾利佳子, 末田千恵, 古村和恵, 森田達也. 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か: 多地域多職種を対象とした質的研究. 緩和ケア 21 (4): 443-448, 2011.
- 36) 木下寛也, 渡邊 敏, 小笠原鉄郎, 橋本 淳, 松尾直樹, 三宅 智, 森田達也. がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題. 癌と化学療法 (in press)
- 37) 森田達也, 野末よし子, 宮下光令, 小野宏志, 藤島百合子, 白髭 豊, 川越正平. 在宅緩和ケアをになう診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か? Palliat Care Res 7 (1): 317-22, 2012.
- 38) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? Palliat Care Res 7 (1): 323-33, 2012.
- 39) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 鈴木 聡, 渋谷美恵, 木下寛也, 原田久美子, 白髭 豊, 平山美香, 江口研二. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携をすすめるために同職種・他職種にすすめること: OPTIM-study. Palliat Care Res (in press)
- 40) 井村千鶴, 佐原千恵子, 梨田えり子, 齋藤広江, 濱田史子, 前堀直美, 鈴木留美, 工藤ゆかり, 鳥山講子, 森田達也. 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. 緩和ケア 22 (2): 189-194, 2012.

## 研究班員

### 〔班長〕

江口 研二（帝京大学医学部）

### 〔班員〕（五十音順）

秋月 伸哉（千葉県がんセンター）

秋山 美紀（慶應義塾大学）

梅田 恵（緩和ケアパートナーズ）

加藤 雅志（国立がん研究センター）

川越 正平（あおぞら診療所）

木澤 義之（筑波大学大学院）

木下 寛也（国立がん研究センター東病院）

白髭 豊（白髭内科医院）

鈴木 聡（鶴岡市立荘内病院）

武林 亨（慶應義塾大学医学部）

平井 啓（大阪大学）

宮下 光令（東北大学大学院医学系研究科）

森田 達也（聖隷三方原病院）

山川 宣（国家公務員共済組合連合会六甲病院）

# OPTIM Report 2011地域での実践 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model

2012年3月 第1版第1刷発行

非売品

平成23年度 厚生労働科学研究費補助金  
（第3次対がん総合戦略研究事業）  
「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班

制 作 株式会社 青海社