

「がん専門相談員」に求められる地域連携の視点 ～ 地域がん診療連携拠点病院の立場から～

もくじ

- 1 当院の概要
- 2 日本のがん対策
- 3 がん相談支援センターと
がん専門相談員の役割
- 4 がん患者の在宅支援
- 5 地域連携に関する評価(診療報酬)
- 6 地域連携の実践紹介
- 7 まとめ



平成21年10月17日(土)
大牟田市立総合病院
がん専門相談員(MSW)
北嶋 晴彦

1 大牟田市立総合病院の概要

1-1 病院概要

病 床 : 一般350床

診療科目: 19診療科

看護基準: 10対1

開設年 : 昭和12年6月(大牟田市診療所 / 昭和25年病院開設)

理 念 : 「良質で高度な医療を提供し、
市民に愛される病院をめざします」

各種指定・届出等(一部)

地域がん診療連携拠点病院

厚労省臨床研修指定病院

災害拠点病院

日本医療機能評価機構認定病院

久留米大学医学部教育関連病院

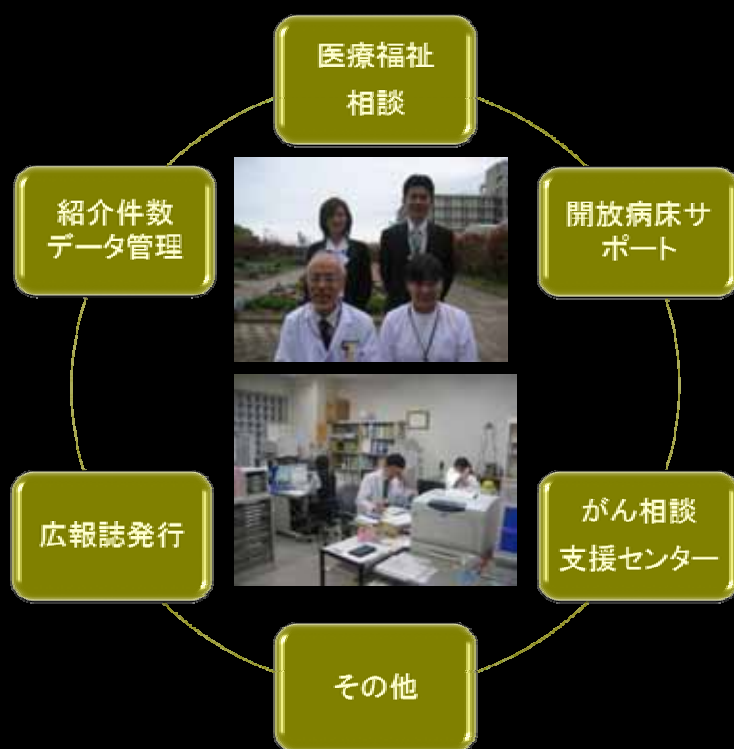


平成22年4月より地方独立行政法人移行予定

1-2 大牟田市立総合病院の患者実績

項 目	平成20年度実績	平成19年度実績
外来患者数	640.7人 / 1日	695.3人
入院患者数	300.1人 / 1日	321.8人
新規入院患者数	592人 / 月	587人
退院患者数	592人 / 月	588人
平均在院日数	13.8.日	15.2日
救急車搬送患者数	175人 / 月	175人
紹介患者数(率)	508人(49.5%) / 日	508人(48.4%)
逆紹介率	32.6%	28.6%

1-3 地域医療連携室の業務



➤平成18年10月発足

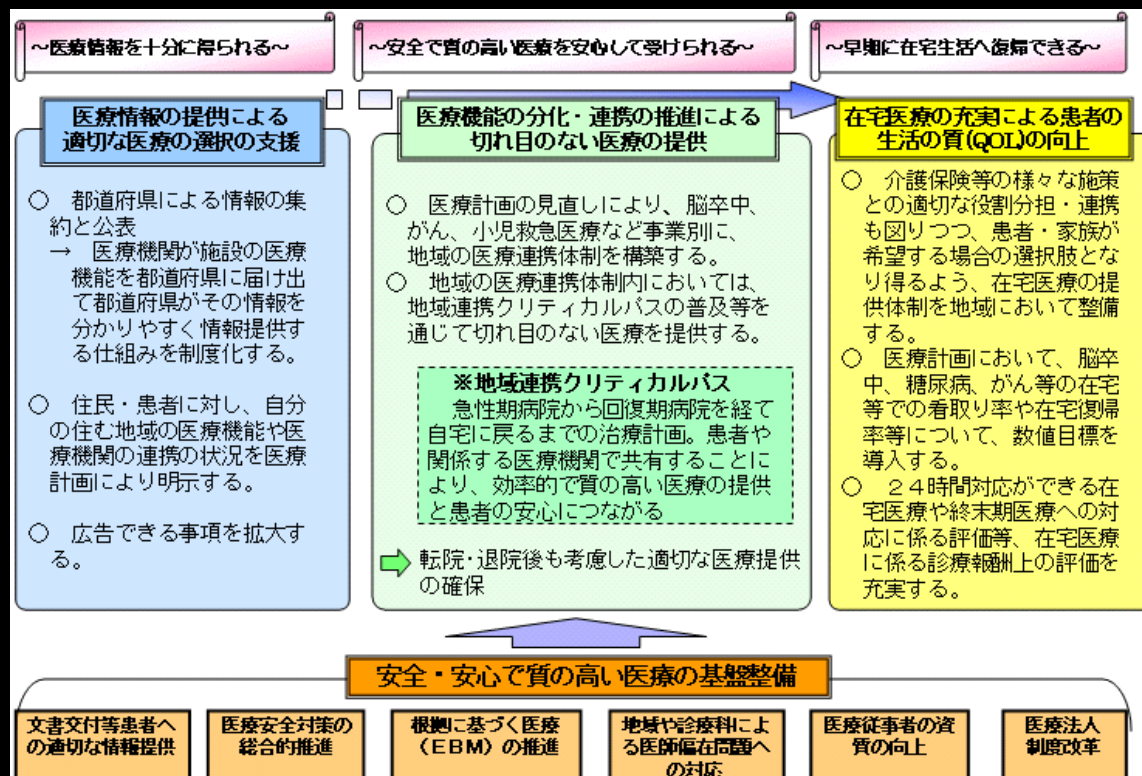
➤がん相談支援センターは平成19年4月からスタート

➤スタッフは4人
室長(院長)
主任看護師
MSW / 社会福祉士
事務職員

2 日本のがん対策

2-1 医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年)

患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

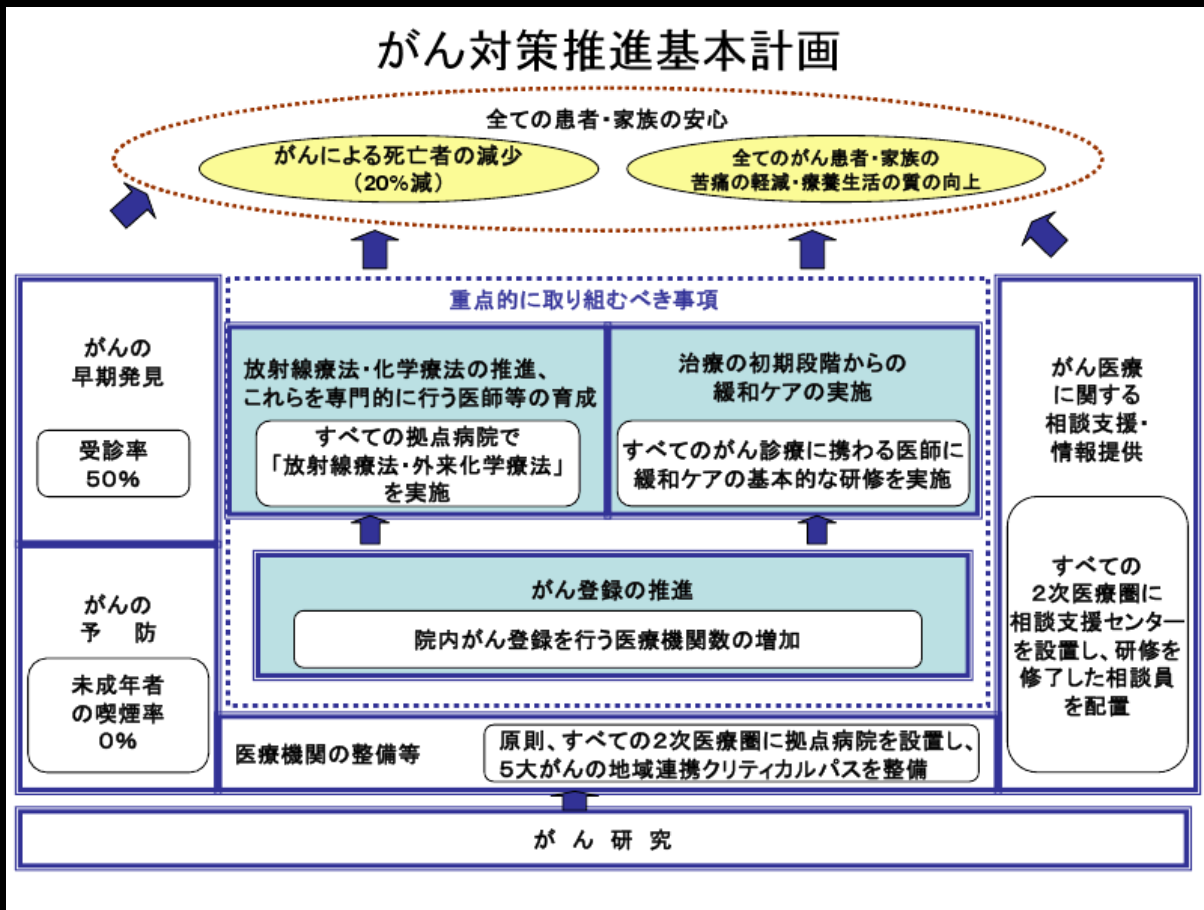


医療制度改革大綱による改革の基本的考え方(平成18年1月31日 厚生労働省)

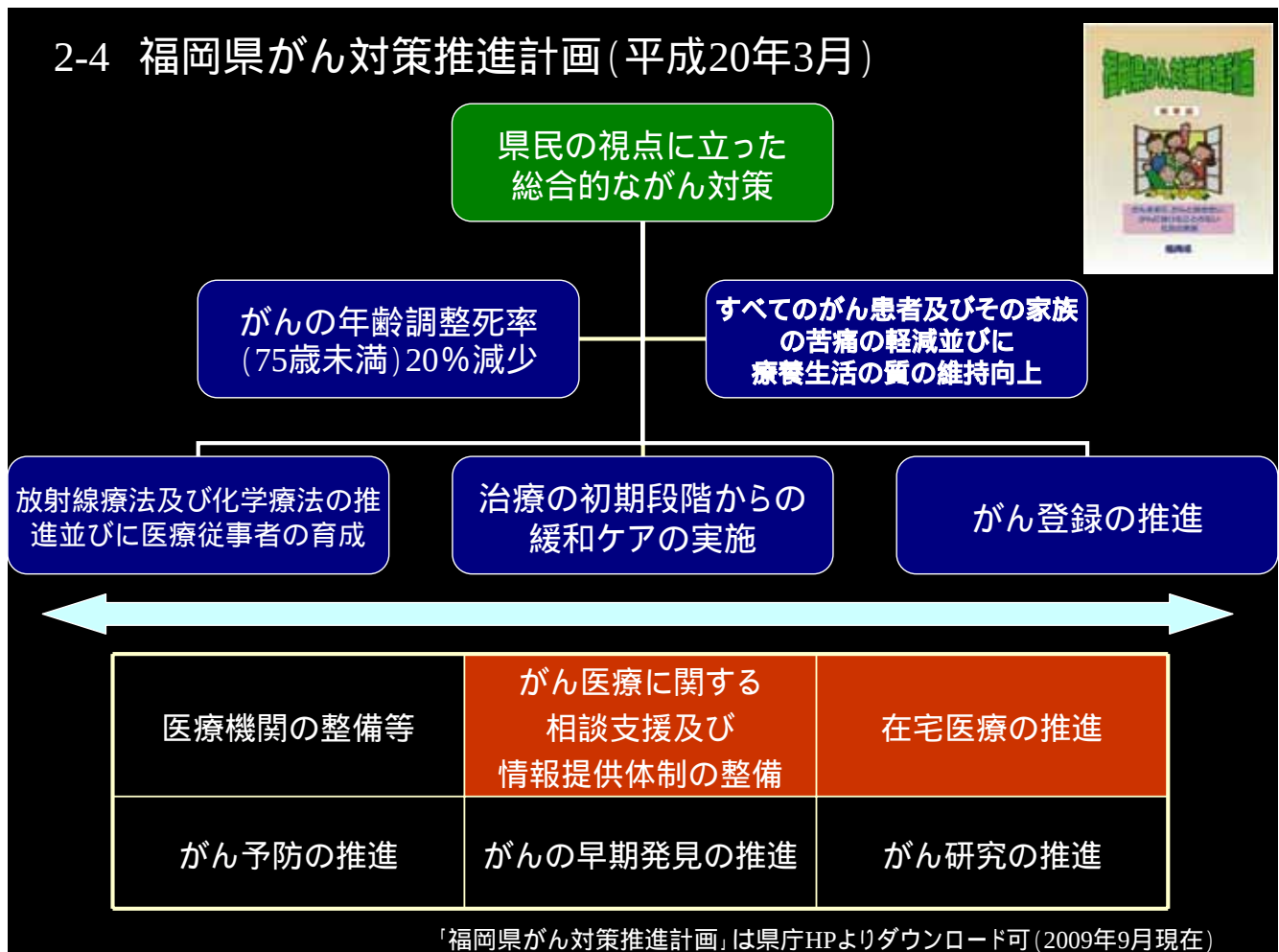
2-2 がん対策の経緯

名 称	期 間	その他
対がん10ヶ年総合戦略	昭和59年～平成5年	昭和56年がん死亡者数1位
がん克服新10か年戦略	平成6年～平成15年	
第3次対がん10か年総合戦略	平成16年～平成25年	がん医療の「均てん化」
がん対策推進アクションプラン2005	平成17年8月	がん情報ネットワーク構築
がん対策基本法	平成19年4月	議員立法
がん対策推進基本計画	平成19年6月	具体的施策
福岡県がん対策推進計画	平成20年3月	

2-3 がん対策推進基本計画(平成19年6月15日閣議決定)



2-4 福岡県がん対策推進計画(平成20年3月)



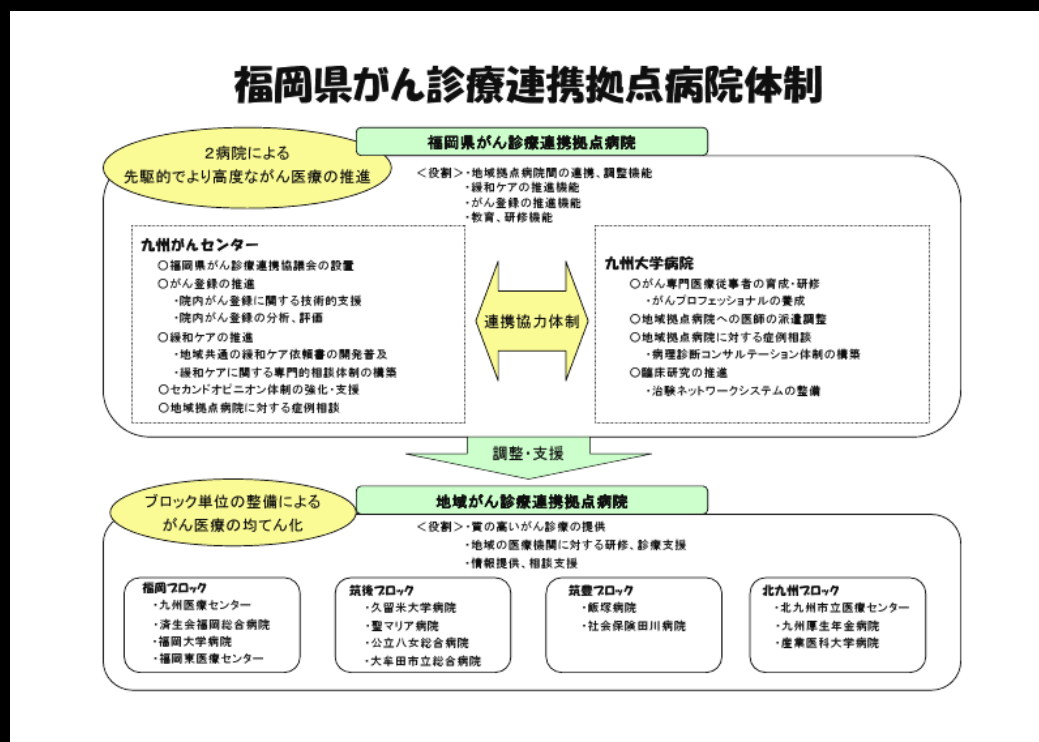
2-5 がん拠点病院の指定要件

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針(平成18年2月1日)
平成20年4月1日改定

指定要件	主な内容
診療機能	がんの集学的治療 クリニカルパスの整備 キャンサーボードの実施 化学療法の実施体制 セカンドオピニオン対応 緩和医療の提供体制 医療連携の協力体制 がんの専門スタッフの配置
研修体制	院外の医療従事者との定期的な研修
情報提供体制	相談支援センターを設置

2-6 福岡県がん診療連携拠点病院体制

全国351ヶ所(平成20年4月1日現在) 2次医療圏1ヶ所程度
福岡県内15ヶ所(県拠点2ヶ所 + 地域拠点13箇所)



2-7 拠点病院の評価

がん診療連携拠点病院加算(入院初日)

平成18年	→	平成20年度
200点		400点

[施設基準]

がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

[算定要件]

他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する

3 がん相談支援センターと がん専門相談員の役割

3-1 がん相談支援センター

大牟田市立総合病院（地域がん診療連携拠点病院）
相談支援センターのご案内

地域がん診療連携拠点病院は、全国どこにお住まいでも質の高いがんの医療を受けられるように、厚生労働省が指定した施設です。指定された施設は、がん医療の内容及び設備、がん関連の情報提供などについて、一定の基準を満たしています。

相談支援センターは、がんのことやがんの治療について知りたい、今後の療養や生活のことや心配など、がんの医療にかかわる疑問や悩みに応じています。また、相談支援センターは、あなたの担当医に代わって治療について判断するところではありません。相談支援センターは患者さんやご家族のほか、地域の方々などにもご利用いただけます。

相談支援センターでは、看護師や、ソーシャルワーカーなどが、質問や相談をお受けしています。がんに関するさまざまな悩みや、自分の体のことを打ち明けたら相談することには抵抗があるかもしれませんが、ご相談いただいた個人情報は厳格に守られてはいます。患者さんやご家族の声を、がんの専門家にも聞かせようという思いを持って、安心して相談支援センターを訪ねてください。

主な相談内容（例）・・・

- 「がんかもしれない」と思う症状があるのですが、こわくて病院に行けません。
- 医師に言われたことの意味がよくわかりません。
- 私はどの病院の何科を受診したらいいでしょうか。
- がんと言われて胸の中が真っ白です。誰にも相談できなく、不安でいっぱいです。
- がんと言われましたが、医療費はどのくらいかかりますか。
- 家族ががんなのですが、どうすればいいか悩んでいます。

〒836-8567 福岡県大牟田市市町2丁目19番地1
大牟田市立総合病院（地域がん診療連携拠点病院）
相談支援センター
電話 0944（53）1051（代表）内線 2322
FAX 0944（53）6948（直通）
お問い合わせ時間 平日 8:30 - 17:00
担当 今村 京美（看護師）
北原 雅弘（社会福祉士）
がん相談支援センター（地域医療連携室）は3Fにあります。
場所が分からない場合は、お近くのスタッフにお尋ねください。

- 1 がん診療に関わる一般的な医療情報の提供
- 2 地域の医療機関や医療従事者に関する情報収集、紹介
- 3 セカンドオピニオンの紹介
- 4 患者の療養上の相談
- 5 患者、地域の医療機関などへの意識調査
- 6 各医療機関等との連携事例に関する情報収集・紹介
- 7 アスベストなどの相談
- 8 その他、相談支援に関すること

相談支援センターの業務については、積極的に広報すること

地域がん診療連携拠点病院（当院は2003年12月指定）
相談員は厚生労働省の行う研修が必須（基礎研修1～3）

厚生労働省健康局長「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成20年4月1日）」より抜粋

3-2

(1) 相談支援センターと相談員の役割

相談支援センターは、拠点病院内外の患者、家族、および地域の医療機関等からの相談等に対応するという機能をもつ。

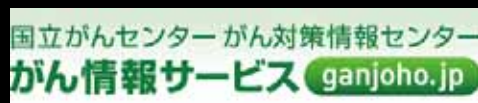
またそのためには、**院内外の医療機関や関連組織（患者支援団体等も含む）とのネットワーク整備も必要**

(2) 「がん専門相談員」の役割

がん患者や家族等の相談者に科学的根拠とがん専門相談員の実践に基づく信頼できる**情報提供を行うこと**によって、**その人らしい生活や治療選択ができるように支援する**
そのためには・・・

療養生活上の心理社会的問題等に対する積極的な支援新しい機能構築のための**企画力**も必要になってきます。

3-3 がん治療や医療機関を紹介するホームページ



科学的根拠に基づく最新のがん関連情報を掲載
対象者：がん診療連携拠点病院 / 一般の方 / 相談支援センター



福岡県内の信頼性の高い医療機関の情報が得られる

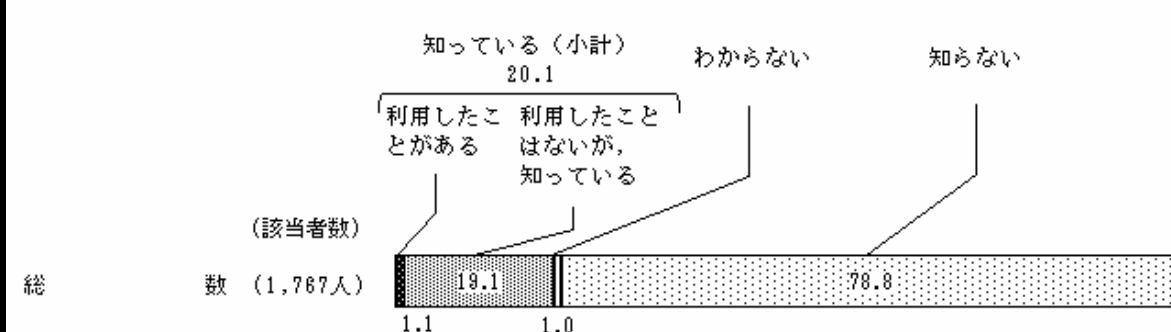
3-4 「がん対策に関する世論調査について」

調査対象 全国20歳以上の者 3,000人
有効回収数(率) 1,767人(58.9%)
調査時期 平成19年9月 13日～9月23日(調査員による個別面接聴取)
調査機関 厚生労働省 内閣府(大臣官房政府広報室)のHPより閲覧可能

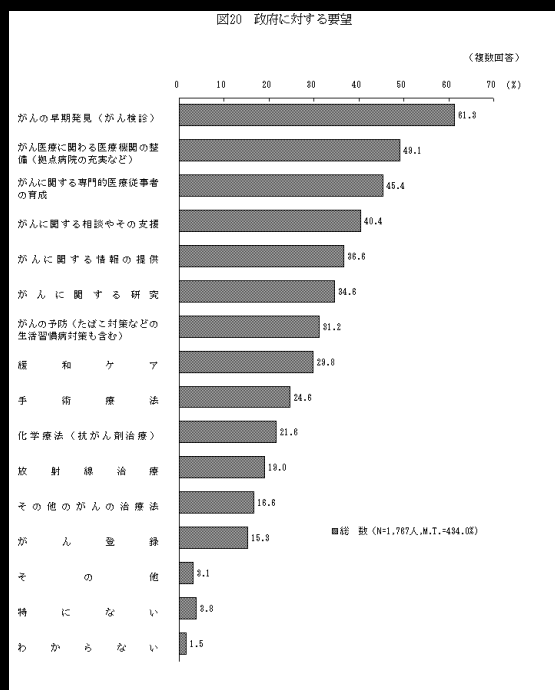
「がん拠点病院・相談支援センターの認知度」

知っている 20.1% 知らない 78.8%

図16 拠点病院・相談支援センターの認知・利用度



3-5 「がん対策に関する世論調査について」



「政府に対する要望について」

1. がんの早期発見 (がん検診)
61.3%
2. がん医療に関わる医療機関の整備
(拠点病院の充実)
49.1%
3. がんに関する専門的医療従事者の育成
45.4%
4. がんに関する相談やその支援
40.4%

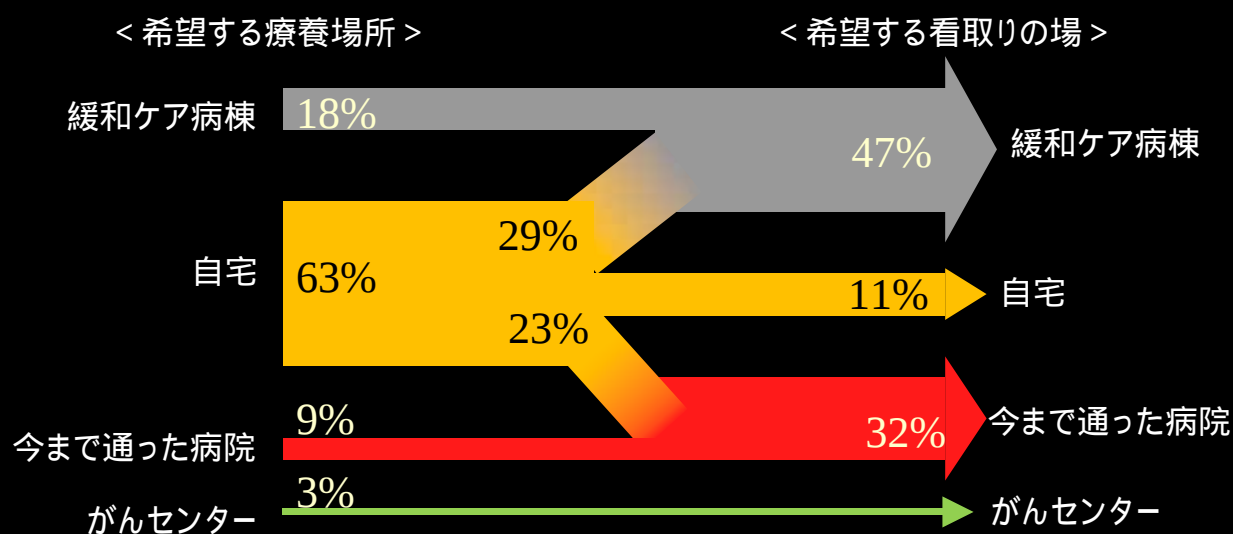
(有効回答数 1,767人)

4 がん患者の在宅支援

4-1 がん患者の在宅支援

希望する療養場所は変化する

「痛みを伴う末期状態(余命が半年以下)」の場合一般集団**2,527人(2008年)**

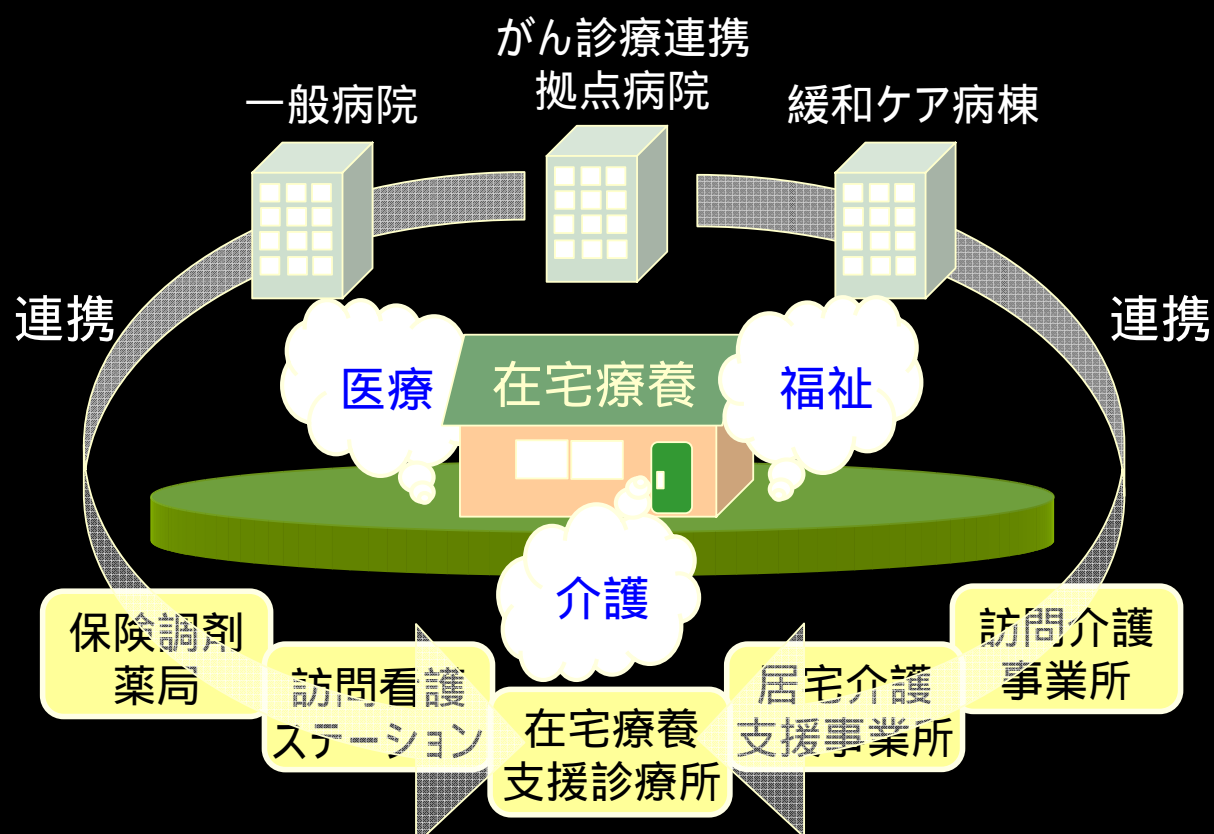


いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケアが
提供できる体制を整備する必要がある

厚生労働省「終末期医療に関する調査」結果(2008年10月27日) / PEACE Project(2009)「M-9:地域連携と治療・療養の場の選択」スライドより

4-2

緩和ケアの地域(医療圏)連携



PEACE Project(2009)「M-9:地域連携と治療・療養の場の選択」スライド資料より

4-3 地域連携におけるさまざまなバリア(在宅移行時)

病院側の抱えるバリア

- ・緊急入院時における初期対応の遅さ
- ・在宅療養に関する知識不足
- ・在宅移行の適当な基準・条件
- ・地域医療室への依頼時期の遅延
- ・職員の丸投げ意識、など



地域医療機関の抱えるバリア

- ・患者情報の不足
- ・職員のマンパワー
- ・病院への不信感
- ・緩和医療の知識・技術不足
- ・介護・福祉とのバランス、など

患者・家族側の抱えるバリア

- ・病院に対する依存意識
- ・在宅療養への関心の低さ
- ・自己管理能力
- ・介護力
- ・安心・安全の保証がない、など

林昇甫(2009)「本当に求められている地域医療連携とは」『緩和ケア』19(2)pp104-107

4-4

<在宅側からみた医療の現状>

退院時期や状態について、**病院医師のビジョンが明確ではない**

延命化学療法を終了時期が不明瞭。**ギアチェンジの概念が不明瞭**

病棟看護師が患者・家族と共に、**退院後の生活がイメージ出来ない**

病院スタッフ側に、在宅医療の現場、**システムが見えていない**

施設内の退院システムや**在宅医療機関との連携のしくみがない**

介護力などで在宅医療の選択そのものが厳しい状況にある

病院側にとって、在宅移行後の医療費について具体的説明が難しい

4-5 退院支援の考え方

- 退院支援とは退院調整とは異なる。通常の退院調整では対応困難な、利用者に対して、地域での生活を継続するために、**特有なニーズに対して行われるのが退院支援である。**
- 急性期医療の「生命維持」という目標から、「その人らしい生活ができる自宅にいかに帰れるようにするか」という視点に切りかえる**医療者の意識改革**である。

参考文献: 松下正明(監修) 財団法人医療経済研究・社会保障福祉協会
医療経済研究機構(編集)
「チームで行う退院支援～入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド」
中央法規出版株式会社2008 pp20-21



5 地域連携(退院支援)に関する評価(診療報酬)

5-1 退院支援に関する評価(訪問看護ステーション・一部)

名 称	診療報酬	その他
訪問看護基本療養費	550点	週3回まで
	650点	週4回目以降
24時間対応体制加算	540点	1回 / 月・緊急訪問体制
退院指導共同指導加算	600点	末期がん2回算定可能
退院支援指導加算	600点	末期がん患者の退院当日に在宅で指導
訪問看護 ターミナルケア療養費	2000点	在宅死亡者の死亡日前14日以内に2回以上の訪問
患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算	2000点	在宅死亡者の死亡日前14日以内に2回以上の訪問

5-2 退院支援に関する評価

加算項目	保険点数	備 考
退院調整	100点	入院中1回 病棟の種類により加算あり(100点～300点)
後期高齢者総合評価	50点	入院中1回
後期高齢者退院調整	100点	退院時1回

2008年診療報酬改定 新設

5-3 退院支援計画書

退院支援計画書	
(患者氏名) _____ 様 (ID: _____) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
病棟 (病室)	
病名 (他に考え得る病名)	[□脳血管障害 □心疾患 □がん □骨折・整形疾患 □難病 □呼吸器 □認知症 □精神 □その他 ()]
患者以外の相談者	家族・その他関係者 ()
退院支援計画を 行う者の氏名	病棟師長 () 下記の退院支援担当者を除く者
退院に係る問題点、 課題等	□退院後の療養先 □介護のこと □病状の不安 □医療処置のこと □療養費 □家族のこと □その他 ()
退院へ向けた目標設 定、支援機関、支援概 要	<現在利用中のサービス> 介護保険: □なし □あり 要介護度: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 担当ケアマネジャー: _____ 障害者手帳: □なし □あり 肢体・心臓・内部・視覚・聴覚・言語 () 級 特定疾患等: □なし □あり () その他: _____ <退院計画の目標> □転院・転所 (療養先) の選定 □介護保険等の在宅ケアの準備 □医療費・療養費について検討 □その他 _____ <支援期間> (およそ _____) 月 <支援概要> _____
予想される退院先	□在宅 □リハビリ病院 □一般病院 □療養型病院 □精神病院 □緩和ケア □介護老人保健施設 □有料老人ホーム □特別養護老人ホーム □グループホーム □その他施設 ()
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービス 等	<制度> □介護保険 □難病 □身体障害者手帳 □生活保護 □その他 () <サービス> □ヘルパー □訪問看護 □介護用品 □訪問診療 □かかりつけ医 □通所サービス □入浴サービス □宅配食 □その他 ()
注) 上記内容は、現時点で考えられるものです。今後の状態の変化等に応じて変わる事があります。	
(退院支援計画担当者) 北嶋 晴彦 印 (本人) _____	

➤看護師・社会福祉士(等)の条件
(退院支援の経験2年以上)

➤初回面談で記載している

➤患者(家族)のサインが必要

➤コピーを患者へ・原本はカルテ保存
(電子カルテ上で記載可能)

5-4 退院支援に関する評価

退院時共同指導料

名 称	診療報酬	条 件
退院時共同指導料1 (在宅を担う医療機関)	1000点	在宅療養支援診療所 末期がんの場合2回可
	600点	上記以外
退院時共同指導料2 (入院中の医療機関)	300点(+300点 ¹⁾)	入院中の医療機関 末期がんの場合2回可
	+2000点	3職種以上の参加 ²

1 在宅医療を担う医師が参加した場合 +300点

2 在宅医師、看護師、保険薬剤師、訪問ST看護師、ケアマネ、他

5-5 退院前カンファレンス(退院時共同指導2)

合同カンファレンスシート (患者ID:)		入院日: 2009 年 7 月 31 日	
ふりがな: ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		開催日: 2009 年 8 月 13 日	
氏名: ○ ○ ○ ○ 様	性別: 男	生年月日: 1968年3月21日	年齢: 41
住所: ○ ○ 市 ○ ○ 町			
主治医: 遠賀一郎 先生・松下 友 先生 / 耳鼻科 / 入院病棟 (東5階)			
診断名(主病名のみ)		カンファレンス目的 → 今後の生活目標	
#1 舌癌術後		ご本人の希望も踏まえ、自宅退院(在宅医療導入+介護サービス導入)での退院支援を行っています。退院は8月14日(金)を予定。ご本人(ご家族)と医療・福祉関係者間による情報共有を行い、できる限り、安心・安全に退院をして頂くように療養環境を確認します。	
#2 再生不良性貧血(25歳時骨髄移植)			
#3 左頸部リンパ節再発			
#4			
カンファレンス参加者(施設名)合計: 5 人		議 題	
藤沢院長(ふじさわ脳神経外科クリニック)、家族5人(両親、妻、弟夫婦)、米田看護師(訪問看護ステーションながす)、小林さん(ベッドレンタル会社)、松下医師(当院主治医)、江川師長、MSW北嶋			
1. 参加者紹介 2. 現在の病状やケア状況についての確認 3. 受け入れ体制の確認(医師、看護師、ケアマネ) 4. 緊急時の確認(夜間対応など) 5. まとめ(退院日時の確認/準備するもの/他)			
記 録			
医療面	そけい部よりポートあり。ターミナル期。病状が急変しやすい。24時間で高カロリー輸液を行っている。酸素2l→97%。転倒注意。転移は不明である。座薬で疼痛コントロールをしている。入浴は可能。最終のターミナル期(心肺停止状態)での医療対応については、できるだけ医療処置(輸血、人工呼吸器、昇圧剤、心臓マッサージ)は行ってほしい希望あり(妻)。在宅酸素は退院時に納品。ネブライザー、吸引器は必要に応じて納品(藤沢院長、訪問看護)。		
介護面	電動ベッド→8月14日(退院当日)13:00に納品。介護保険認定結果待ち。ポータブルトイレ助必要。		
その他	自宅には、妻、両親がいる(本人一人になる時は基本的になし)。弟嫁が看護師であり、家族のサポートもしてもらえ。患者は自宅トイレに行きたい希望あり。退院は、8月14日(金)14:00に当院を出発する。自宅退院時の搬送は、当院の救急車でおこなう。退院当日は、藤沢先生と米田氏が12:00頃に来院して、輸液とポートの確認を行う。		
■退院時共同カンファレンス? □2回目→ 在宅医療担当医の参加 □在宅医療支援の専門職3者以上の参加 (在宅担当医・看護師等・薬剤師・訪問看護師・ケアマネ・歯科衛生士・その他)			

➤「合同カンファレンスシート」は電子カルテへ保存。記載は直接カルテ記載し保存ができる。

下記はがんターミナルケアカンファレンスの実際



5-6 その他、地域連携の評価(一部)

項 目	平成21年度	備 考
退院時 リハビリテーション指導料	300点	自宅退院時1回 リハスタッフ、看護師、 社会福祉士等でも可
開放病院共同指導料 (在宅医療を担う医療機関)	350点	患者1人1日につき1 回算定
開放病院共同指導料 (入院中の医療機関)	220点	患者1人1日につき1 回算定
地域連携診療計画管理料	900点	計画管理病院
地域連携診療計画 退院時指導料	600点	紹介先の医療機関

5-7 平成21年度介護報酬改定(一部)

医療と介護の連携加算: 連携の強化・推進を図る観点から、病院と利用者のに関する情報共有等の評価

算定要件: 病院又は診療所に入院する利用者につき、該当病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合

その他: 40歳～64歳のがん末期患者の介護認定申請可能

項 目	平成21年度	備考
医療連携加算	150単位 / 月	1回を限度
退院・退所加算	(I) 400単位 / 月	入院・入所が30日以下
	(II) 600単位 / 月	入院・入所が31日以上

6 地域連携の実践紹介

6-1 実践報告

< MSWサマリー >

MSWサマリー ver3 2008/○○/○○

紹介先: _____

患 者 名: ○○○○ (82歳/男性) (ID: 12345678)

主 病 名: 1 脳梗塞 4
2 高血圧 5
3 糖尿病 6

入 院 期 間	2008年1月1日 - 2008年2月1日	入院期間 (32)
紹 介 的	回復期リハビリテーション ()	
家 族 構 成	息子家族と同居 (6人暮らし:妻・息子家族4人と同居)	
キーパーソン	長男 (○○○○氏)	
生活場所(入院前)	自宅 ()	
介 護 保 険	要介護4 (2008年1月に新規取得)	
担当ケアマネ	無 ()	
身体障害者手帳	無 ()	
収 入 状 況	老齢年金 (自宅は農家で、長男が勤めている。長男は会社勤め。)	
保 険 情 報	後期高齢 ()	
かかりつけ医(紹介元)	○○クリニックで糖尿病のフォロー中であった。 ()	
過去の未収金	無 ()	

<在宅介護スコア> 宮森正・岡島重孝(1992)「在宅介護スコアの開発」『日本プライマリ・ケア学会誌』15号 pp58-64

評価	スコア
1 介護者は	病弱0/健康1 1
2 介護者の専念	不可能0/可能1 0
3 介護を代われる者は	いない0/いる1 1
4 公的年金以外の収入	なし0/あり1 1
5 患者の病室	なし0/あり1 1
6 住宅	借家0/自宅1 1
7 食事	介助0/自立1 0
8 排便	介助0/自立1 0
9 更衣	介助0/自立1 0
10 室内移動	介助0/自立1 0
11 入浴	介助0/自立1 0
12 意思疎通障害	あり0/なし1 1
13 異常行動	あり0/なし2 2
14 医療処置	あり0/なし1 0
15 介護者の介護意欲	不良0/普通2/良好4 2
16 患者の病同意欲	不良0/普通1/良好2 1
在宅介護スコア(21点満点) 合計	11

10点以下では在宅介護の困難な可能性が高く、11点以上では在宅介護の可能性が高い。在宅介護スコアは家族介護力を示す。

介護保険サービス利用状況
過去の利用なし。

備 考
患者の妻は在宅にいます。しかし、高齢の為に、介護のマンパワーとしては期待できないようです(家族の話)。

〒836-8567 福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番1
大牟田市立総合病院 地域医療連携室
地域がん診療連携拠点病院 相談支援センター
電話 0944 (53) 1061 (代表)
FAX 0944 (53) 0948 (直通)
MSW 北嶋 晴彦

➤地域連携充実を目的に
試験的導入(2007年11月～)

➤ケアの連続性を確保したい

➤地域連携の情報を記載

➤「在宅介護スコア」で評価

➤心理・社会的な情報を記載
(医療福祉アセスメント)

6-2 実践報告

< がん医療機関の質調査 >

名 称 がん医療における地域連携のアンケート

目 的 地域のがん医療の対応力調査
地域のがん医療に関する連携の充実を図
患者支援のデータベース

調査日 平成20年9月20日現在データ 約30項目

対 象 約1150ヵ所の療機関(診療所、病院)

筑後地域 + 佐賀県東部 + 大分県西部 + 熊本県北部 + 他

回 答 返答数 497件(43%)

活用方法 「ファイメーカー」ソフトを利用

実施機関 筑後ブロックがん診療連携拠点病院連絡協議会
4病院(久留米大学 聖マリア 八女公立 大牟田市立)

6-3 検索画面(トップページ)

新規登録

新規に医療機関の情報を登録します。

医療機関の検索

すでに登録している医療機関の情報の参照・変更を行います。

医療機関名で検索

医療機関名をかなで検索

(名称の一部でも検索可能です)

条件検索

いくつかの条件を指定して医療機関を検索します。

エリア

往診の有無
☒
「×」の場合、往診の有無を問いません。

☒ 内科
☒ 外科
☒ 泌尿器科
☒ リハビリ

☒ 血液内科
☒ 呼吸器外科
☒ 皮膚科
☒ 放射線科

☒ 内分泌代謝内科
☒ 心臓血管外科
☒ 小児科
☒ 麻酔科

☒ 腎臓内科
☒ 脳神経外科
☒ 小児外科
☒ 歯科口腔外科

☒ 神経内科
☒ 形成外科
☒ 産婦人科
☒ 腫瘍内科

☒ 心療内科
☒ 整形外科
☒ 婦人科
☒ セカンド
(化学療法科)

☒ アレルギー科
☒ リウマチ科
☒ 精神科
☒ オピオイド

☒ 眼科
☒ 耳鼻咽喉科
☒ その他

診療科は必ず選択してください。
複数の科を選択した場合、いずれか一つに該当すれば抽出します。

現在 60 件の情報が登録されています。

詳細情報(一部)

ヨシオクリニック
名称 吉岡クリニック

種別
無床 院長 吉岡 仙路

対応可能ながん治療(部位)	手術	内視鏡 治療	化学療法	放射線 治療	治療後の 経過観察	終末期ケア
脳腫瘍	×	×	×	×	×	×
消化器(食道・胃・大腸)	×	×	×	×	○	×
消化器(肝臓・胆膵・すい臓)	×	×	×	×	○	×
呼吸器(肺・縦隔)	×	×	×	×	○	×
乳腺	×	×	×	×	○	×
女性生殖器(子宮・卵巣)	×	×	×	×	×	×
男性生殖器(腎・精嚢・前立腺)	×	×	×	×	×	×
頭頸部(喉頭・咽頭・甲状腺)	×	×	×	×	×	×
骨・軟部組織	×	×	×	×	×	×
皮膚	×	×	×	×	×	×
血液	×	×	×	×	×	×

放射線治療

放射線科の医師 外部照射 がんマナブ リニアック 腫瘍内科

検査

上部内視鏡 下部内視鏡 マンモ MRI PET PETCT 骨シンチ Gaシンチ

重点項目

がん診断 一次治療 手術 内視鏡治療 化学療法 放射線治療
二次治療 再発後の治療 手術 内視鏡治療 化学療法 放射線治療
経過観察・フォローアップ検査 ターミナルケア
合併症の治療とケア 循環器 呼吸器 糖尿病

往診

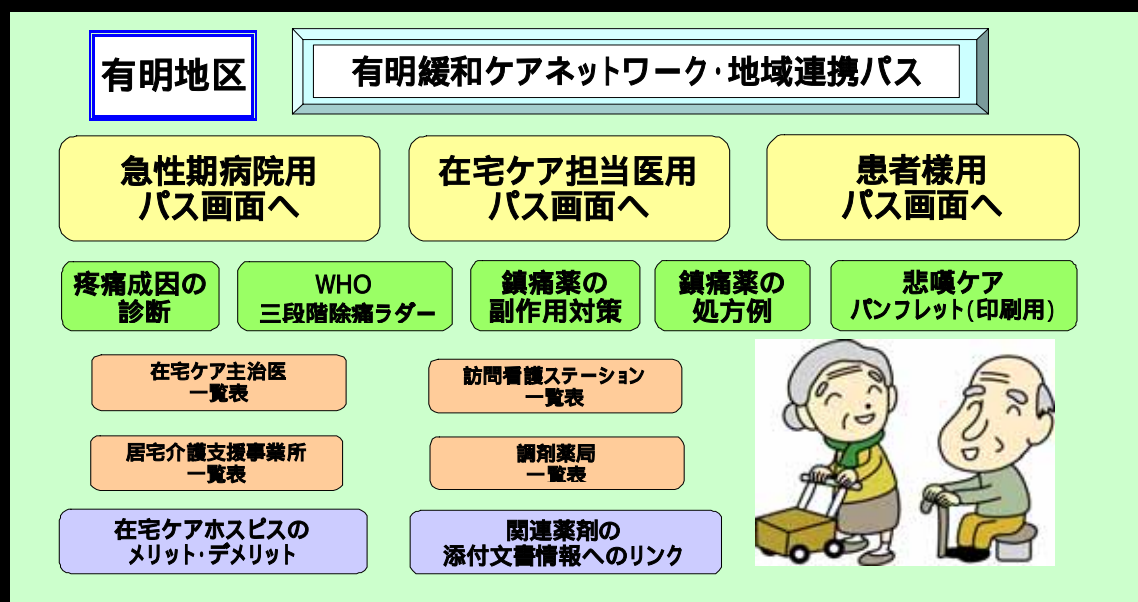
がん患者への往診(訪問診療) 在宅療養支援診療所 24時間体制
終末期医療 入院提携
末梢点滴 静脈内注射 中心静脈栄養 持続皮下注射
経管栄養 PTEG リハビリ 在宅酸素
麻薬管理 ベイコン 尿送留置カテーテル 褥瘡処置
気管切開孔 カニューラ PTOD 腎ろう オーマ
その他
訪問看護 24時間体制 提携の有無 名称

情報開示 ☐ ☒

6-4 実践報告

< 有明緩和ケアネットワーク・地域連携パス >

有明緩和ケア研究会:平成7年～ 現在まで約40回開催
研究会リーダー: 濱口裕光先生 荒尾市民病院 緩和ケアチーム
作成日:平成21年1月 荒尾市民病院のHPよりダウンロード可能
特徴:県(医療圏)を超えて地域連携を行っている



6-5 有明緩和ケアネットワーク・地域連携パス(急性期病院用)

有明地区		有明緩和ケアネットワーク・地域連携パス				急性期病院用		メニュー画面へ戻る			
患者氏名		性別		年齢		診断名		入院月日			
病院名		科名		主治医名		緩和ケア担当医名					
項目		達成目標(アウトカム)				Action		確認,メモ欄			
インフォームド・コンセント		患者さんやご家族が在宅ケアのメリット・デメリットを理解できる				治療方針と目標を十分に説明し,理解を得る必要に応じ,セカンドオピニオン候補を紹介する		参考		説明月日	
										ご本人	
										ご家族	
がん治療		今後のがん治療の予定を理解できる				今後のがん治療の確認		☐ OK			
基礎疾患・合併症対策		起こりうる症状を理解できる				基礎疾患・合併症名		☐ OK			
						基礎疾患・合併症の説明 治療薬の確認,退院時処方の決定					
疼痛管理		在宅ケアで痛みコントロールが可能な除痛法の確立 安静時の疼痛からの解放 通常の日常動作時における痛みからの解放 鎮痛薬による副作用の防止				NSAIDs, 鎮痛補助薬, オピオイドの投与		☐ OK			
						WHO三段階除痛ラダーに沿った投与・増量		☐ OK			
						レスキュー薬の指示		☐ OK			
						適切な副作用対策薬の処方(胃薬, 便秘薬, 制吐薬等)		☐ OK			
						疼痛の成因 除痛ラダー 副作用対策 処方例		☐ OK			
その他の症状管理		在宅ケア可能な安定した全身状態の確保				消化器症状, 呼吸器症状, 精神症状, 発熱, だるさなどの全身症状のコントロールがついていること(在宅ケア可能な状態であること)の確認		☐ OK			
								☐ OK			
退院準備		本人,ご家族の希望・納得のもと,安心して在宅生活を送ることができる 在宅ケア主治医との良好な連携の確保				本人,家族ともに在宅ケアを希望していることを確認 住宅等が在宅ケアが可能な環境であることを確認 介護保険の申請を確認 本人等との相談により在宅ケア主治医を決定し,紹介状を作成		在宅ケア主治医一覧表		確認月日	
										退院月日	
		在宅ケア主治医		医院診療所名		#REF!		医師名		#REF!	
備考欄											

7 まとめ

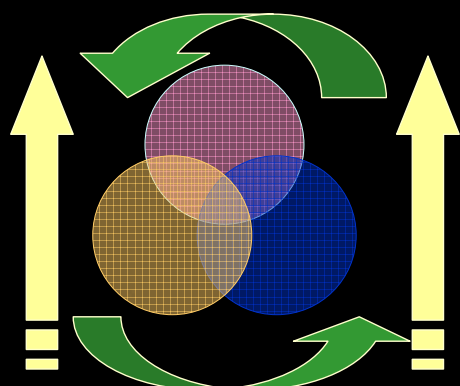
7 まとめ

< 地域連携に必要な3つの視点 >

院内・院外の有機的ネットワーク構築

ネットワークの可視化(言語化)・システム化

ネットワークの企画・提案・開発(患者の声をカタチにする)



正のスパイラル

地域連携の質向上

医療の質向上

個人のスキルアップ

本日はありがとうございました。

何かご意見がありましたら教えてください。
よろしくお願いいたします。



haruhiko-k@pop21.odn.ne.jp