

<25. 08. 03 緩和医療部会・緩和WG 合同会議報告>

平成 25 年 8 月 3 日「在宅緩和ケア地域連携事業にどう取り組むか」をテーマにラッセホールにて 84 名が参加し 3 時間にわたり討論した。職種内訳は医師 32 名、薬剤師 1 名、看護師（チーム）30 名、看護師（地域医療連携室）10 名、MSW6 名、その他 5 名であった。プログラムを下記に示す。

開始	終了	分	内容		担当
14:00	14:30	30	受付		
14:30	14:35	5	開会あいさつ		吉村
14:35	14:40	5	趣旨説明	在宅緩和ケア地域連携事業について	池垣
14:40	15:00	20	背景とニード	在宅看取りの現状・兵庫県の取り組み	河原
15:00	15:10	10		今後の 2 次医療圏の医療需要、在宅看取り現状	池垣
15:10	15:15	5	質問		
15:15	15:30	15	これまでの動き	緩和連携とは	池垣
15:30	15:45	15		緩和連携パス WG が準備した緩和連携のツール	池垣・岡山
15:45	15:55	10	質問・休憩		
15:55	16:05	10	兵庫で先行するパス	姫路の連携パス 目的と問題点	國部・仁熊
16:05	16:10	5		加古川のパス 目的と問題点	大林
16:10	16:20	10	地域での活動	宝塚の地域医療者との勉強会	松田
16:20	16:25	5		明石の地域医療者との勉強会	池垣
16:25	16:35	10		奈良県での動き	高橋
16:35	16:45	10		ワールドカフェ	坂下
16:45	16:55	10	今後の方向性の 討論と合意	かかりつけ医マップ（拠点病院に求められる緩和ケア）	木澤
16:55	17:05	10		在宅医療に関する医師会活動	石川
17:05	17:25	20		緩和連携に関する合意とアンケート記入 質問	池垣

会の趣旨説明後、背景とニードとして、在宅緩和ケア連携の必要性 2 次医療圏における医療需要予測 在宅看取りの現状・兵庫県の取り組みについて紹介した後、緩和 WG の作成した緩和連携ツールを紹介した。

緩和ケア連携のツールに関する発表と意見

①診療情報提供書について

雛形について（岡山看護師／宝塚市立病院）

- ・ 病院から今後の診療をお願いする際に、在宅もしくは緩和ケア病棟側から欲しいと思われる情報を記載する

・どのような内容を説明されているのか、不明なことが多く、患者さん家族がどう思っているのかが、不明なことが多いため、説明内容、受け止め方、希望・大切にしていることなどをあえて記載するポイント)

- ・ 1 枚目（現病歴、現在がんのある場所図、今後起こりうる症状、予後予測）⇒必ず記載
- ・ 2 枚目（できる限り患者本人、家族の言葉で記載。どの程度理解しているか、希望など）⇒1 つ以上
- ・ 3 枚目（身体症状など。看護師が中心に記載）

姫路での使用経験から、(仁熊 Dr/姫路赤十字病院)

- ・なるべく簡単にしたつमりの情報提供書だが、やはり記載に手間がかかった
- ・役に立ったかどうか？フィードバックを感じなかった

加古川での使用経験から (大林/加古川医療センター)

- ・同様なものをつかっていたが、非常に記入に手間がかかるので、使っていない。
- ・病状理解と家族介護評価の記入は外来で繋ぐときや短期の入院などでは、情報を得にくいことも多い

(その他意見)

- ・退院前カンファレンスができない場合は有効である
- ・電子カルテ(既存の診療情報を記載するところがある)とどう関係していくか？
- ・電子カルテに載らないと運用が難しいのでは？
- ・教育ツールにはなるが、共有ツールにするには難しい（電子カルテに載せることがクリアできなければ難しいのではないか）
- ・ボリュームを減らすには、私のこと（私のカルテ）と重複する内容は省く
- ・もっとスリム化（A4 で1 枚程度）したものにする。
- ・図は手書きでスキャン、などの工夫をする…

②わたしのカルテ（わたしのこと）について

患者の持つノートの意義（池垣）

- ・生きるということが大事、患者本人が考える機会をもっていただく
- ・病名をちゃんと書く（がんとわからない医療機関に受診して、無駄な検査をしないように）
- ・入院するときは必ず持っていくことをお伝えする

姫路での使用経験から 仁熊 Dr/姫路赤十字病院

- ・患者の理解不十分、医療者の説明も不十分で有効に運用できていない
- ・患者に今後考えるべきことの情報伝えるきっかけで有用だった
- ・紹介先の医師に私のカルテを見せてない患者・家族もいた
- ・現状を記載できる患者・家族は、熱心に記載し、かかりつけ医の診療の参考になっていた
- ・緊急連絡先を書いておくことは在宅になったとき心強かったといわれた

文献的考察 木澤 Dr／神戸大学医学部附属病院

- ・情報を管理することで治療内容の理解が深まり、医療者や家族・他の患者とのコミュニケーションも改善することがある一方で記入自体を好まない患者や、地域全体の医療関係差に運用を周知することが非常に難しく、医療者側の関心と努力が必要である。
- ・患者所持型の情報共有ツールを広範囲に情報共有の目的で使用した場合には、一部の患者には有益であるが、少なくとも短期間に地域全体に普及させるのは困難であると考えられる。
- ・お薬手帳など既存のツールに一体化させるという方法もある

③ かんわケアマニュアル

マニュアルの意義（池垣）

- ・内容はコンパクトにしてある
- ・携帯電話番号が書いてあるので、名刺代わりに渡す。
- ・いつでも緩和ケアチームに相談できる体制づくり。

かかりつけ医対象の研修会の開催状況

- ・宝塚の地域医療者との勉強会：多職種で開催、懇親会も開催した
- ・明石の地域医療者との勉強会：少人数診療所医師対象に3時間の勉強会を2回開催 懇親会開催した
- ・奈良県での動き：大学病院で、定期的に診療所医師とともに、カンファレンスを開催。在宅経験豊富な医師から病院医師、経験のすくない診療所医師にアドバイスする事もある。相談は大学病院医師が直接携帯電話で対応する。

質疑応答まとめ>

Q：（資料1・P13 在宅医療関係事業について）在宅医療推進協議会、在宅チーム医療を担う人材育成事業など、拠点病院について書かれていないが、拠点病院は全く別のうごきをするのか？

(河原)A：現在は医師会など団体を中心にやっている。今後さらに病院等に広げていく予定。

Q：具体的に今は病院でモデル事業に入っているところは？

A：神大) →医師会の指導にはなっているが、中央区医師会の呼びかけで急性期病院の連携室スタッフが入って行っている。他に北区、垂水区、医師会においては民間の病院が入っている。

Q：具体的に病院のスタッフは何か役割があるのか？

(河原)A：モデル事業の中身は具体的に協議会の中で話し合うのだが、事例検討会をしたり、ケアカフェをしたりしている。

Q：在宅医療の話では、兵庫県はだいたい平均を超えていたので、今のままの状態でもいいのか？

(河原)A：統計上は超えているが、さらに質を充実させるよう地域の取り組みが必要ではないか。

Q：兵庫県としての目標数値は？

(河原)A：保健医療計画では兵庫県の全疾患の在宅の看取り率が 22%程度（29 年まで）で、全国のトップレベルの 24%くらいを目指していこうと考えている。

Q：在宅医療において、今後県の医師会などが具体的に支援してくれることはあるのか？

(河原)A：在宅事業が始まって 1~2 年なのでまだ見える形での支援がないと思うが、今後国の政策が充実してくれば、各診療所単位でも支援できるのではないかと考えている。現段階においては、予算面ではできていない状況である。

Q：通常退院前カンファレンスというのはしているが、退院する前の症例で、退院させるのにはどうすればいいか？というカンファレンスをしていることに驚いたのだが、立ち上げるにあたって苦労した点など教えてほしい。

(高橋)A：初めは驚かれたが、退院前カンファレンスのような形で、最終的にすべての人にとって良くなる結果になるので信頼関係が築けるようになる。

Q：ケアカフェをしたいときは？

(坂下)A：直接坂下先生か木澤先生へ連絡する

検討事項

緩和連携パスの作成は困難であるが、緩和連携に必要な条件はわかってきた。兵庫県標準緩和連携（案）として、内容に対しては緩和医療部会として合意を得た。 文言は修正する。

【会議後参加者アンケート結果】

	理解できた		どちらでもない		理解できない
自分の医療圏での <u>今後の医療需要予測</u> について理解できましたか？	37	40	7	0	0
	思う		どちらでもない		思わない
今後、 <u>自施設</u> で緩和連携を促進していこうと思いますか？	48	30	0	0	0
今後、 <u>かかりつけ医との研修会</u> を開催しようと思いますか？	30	34	16	2	1
今後、緩和連携のツールを使ってみようと思いますか？	19	38	21	5	0
患者から同意書をとる様式の緩和連携パスがあった方がよいと思いますか？	6	16	36	6	19
A. 今回の参加は意義があったと思いますか	48	32	3	1	0

《 兵庫県標準緩和連携 》

① 患者・家族の苦痛のない療養を目標とし、医療者は支援する。

② かかりつけ医は麻薬が使える。

③ 病院は緩和用の診療情報を地域へ送る。

☆全身の骨転移、胸水などの病変を示した図、予後予測、今後起こりうる事、

ご本人のご希望・認識などが記されている。ひな形は示すが、運用は各病院でおこなう。

☆医師・訪問看護師に送る。

④ かかりつけ医が相談できる医師がいる（技術支援）。

⑤ 在宅療養中の患者・家族は、かかりつけ医に相談する。

⑥ 必要時に、入院できる体制がある（入院支援）。

☆病院名だけでなく担当医師が明らかにされている。

