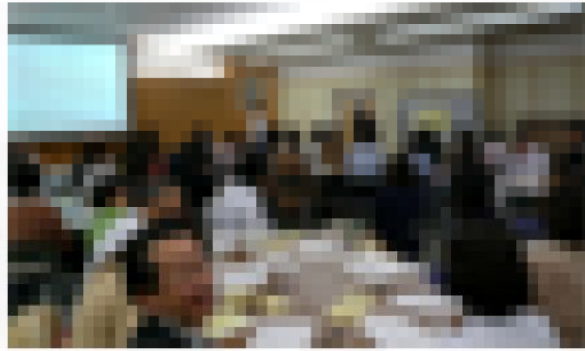


第63回東北医師会連合会学術大会 シンポジウム



## 地域医療における医療連携体制 確立へ向けて

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」

山形県医師会常任理事 三原一郎

平成19年度 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

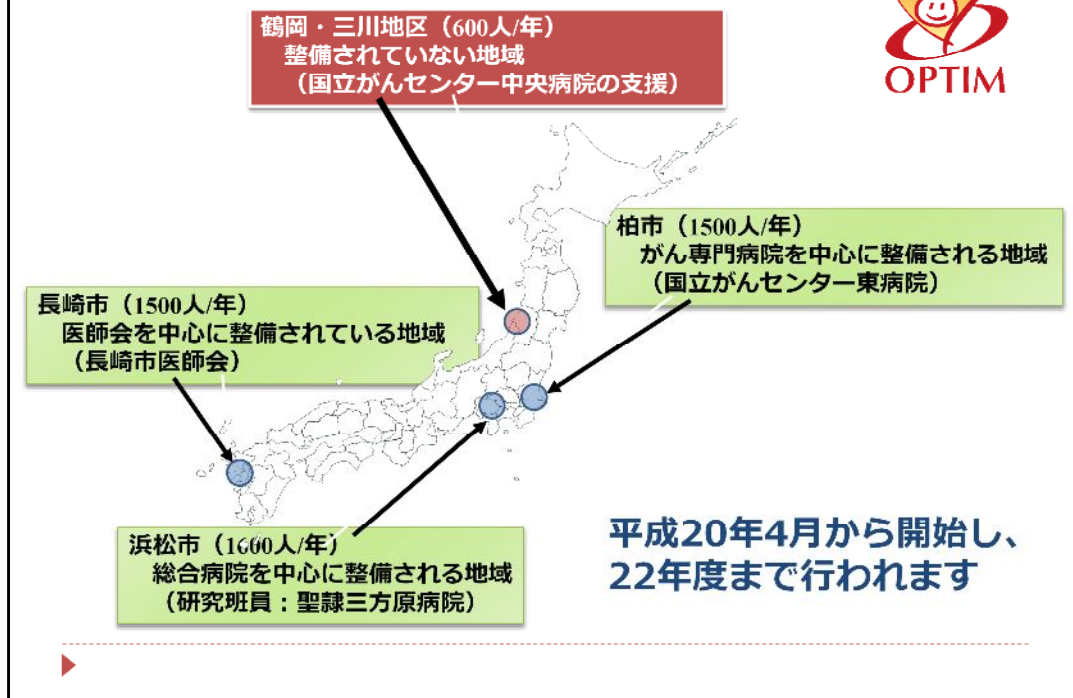
***Outreach Palliative Trial of Integrated  
regional Model***

当地区の取り組みを  
庄内プロジェクトと呼んでいます



山形県鶴岡地区医師会では、国による、がん対策のための戦略研究「緩和ケアのための地域プロジェクト」(OPTIM)を受諾し、地域における緩和ケアの普及を目指し、さまざまな活動を行っているところです。  
なお、当地区の取り組みを庄内プロジェクトと呼んでいます。

## 戦略研究の対象地域



戦略研究の対象地域としては、聖隷三方原病院を中心とした浜松市、国立がんセンター東病院を中心とした柏市、長崎市医師会を中心とした長崎市、そして鶴岡市・三川町の4地域が選定されました。浜松市は総合病院、柏市はがん専門病院を拠点に緩和ケアの先進地として、長崎市は市医師会を中心に在宅医療が進んだ地域として、それぞれ実績がありますが、鶴岡市は緩和ケアに関しては、あまり整備が進んでいない地域として選定され、国立がんセンター中央病院の支援を受け介入研究が進められています。なお、この研究は20年4月から開始し、3年間行われます。

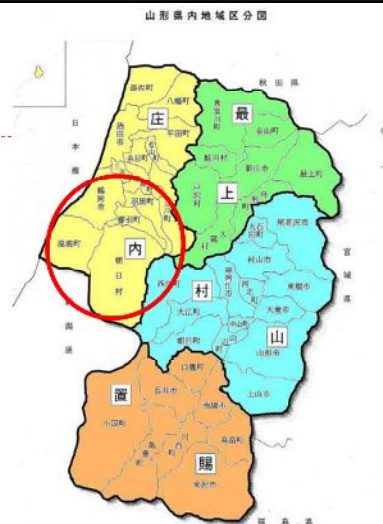
## 背景

### ▶ 地域的背景

- ▶ 人口約16万人、面積1324平方キロ
- ▶ 地区内の医療機関
  - ▶ 一般病院：4
  - ▶ 診療所：91
- ▶ 中核病院：市立荘内病院（520床）
  - ▶ 4年前より院内緩和ケアチームが始動
  - ▶ 2008年4月より緩和ケア外来を開設

### ▶ 研究背景

- ▶ 鶴岡地区医師会は、健診センター、リハビリテーション病院、老健施設、訪問看護ステーションなど多施設を運営
- ▶ 地域医療連携ツール「Net4U」を8年以上の運用実績



研究の対象となっている鶴岡・三川地区の地理的背景を示します。人口は約16万人、4つの一般病院、91の診療所があり、中核は520床を有する市立荘内病院です。当地区の特徴として、鶴岡・三川地区をカバーする鶴岡地区医師会が、健診センター、湯田川温泉リハビリテーション病院、介護老人保健施設みずばしょう、訪問看護ステーションハローナースなど多施設を運用していることが挙げられます。また、Net4Uと呼ばれる、医療連携型の電子カルテシステムを8年以上にわたり運用し、実績をあげています。

## 対象・評価項目



### ▶ 対象

- ▶ 地域全体（鶴岡市、三川町）のがん患者さん・住民・医療者

### ▶ 評価項目

- ▶ 緩和ケアの利用がふえる
- ▶ 患者さんの苦痛が緩和される
- ▶ 希望する場所での看取りが増える
- ▶ 遺族の方の評価がよくなる
- ▶ 医療者の困難感が減る



- ・ 苦しい
- ・ 希望する場所にいけない



- ・ 苦しくない
- ・ 希望する場所にいれる

研究の対象地域は、鶴岡市、三川町のすべてのがん患者さん、住民、医療者です。研究の評価項目としては、1)緩和ケアの利用がふえる、2)患者さんの苦痛が緩和される、3)希望する場所での看取りが増える、4)遺族の方の評価がよくなる、5)医療者の困難感が減るの5項目を掲げています

## 4本柱



- ▶ 医療者教育
  - ▶ 地域のどこでも同じレベルの緩和ケアが受けられる
- ▶ 市民啓発
  - ▶ 地域の方々が適切な緩和ケアの知識を得る
- ▶ 地域連携
  - ▶ 地域全体で緩和ケアの提供体制を整える
- ▶ 専門緩和ケア
  - ▶ 緩和ケア専門家による診療・ケアが受けられる

プロジェクトは、4本の柱からなっています。ひとつめは、医療者教育です。教育、研修を通して、緩和ケアに必要とされる知識、技術をなるべく多くの医療者に移入することで、地域のどこでも同じレベルの緩和ケアが受けられるようにするための取り組みです。二番目は、市民啓発です。緩和ケアとはどういうものなのか、在宅でも緩和ケアが受けられることができる、希望があれば在宅でも最期を迎えることができる、など地域の方々が適切な緩和ケアが受けられるようにするための取り組みです。3番目は地域連携です。在宅で患者さんをみていくには、多職種、多施設によるチーム医療が不可欠です。そのためには、多職種による顔の見えるネットワークが必要です。地域全体で緩和ケアの提供体制を整えるための取り組みです。4番目は専門緩和ケアの充実です。緩和ケア専門医を地域に配置することで、診療所医師、訪問看護師、また、施設などへ支援体制を構築する取り組みです。

## 20年12月までの活動



- ▶ 緩和ケアの技術の向上（医療者教育）
  - ▶ 地域共通マニュアル「ステップ緩和ケア」の公開
  - ▶ 緩和ケアスキルアップ研修会（月一回）
  
- ▶ 患者・家族に対する適切な知識の提供（市民啓発）
  - リーフレット、ポスター、冊子、在宅ケアのDVDの配布
  - 緩和ケアを知る100冊の設置、市民講座（2回）
  
- ▶ 連携の促進（地域連携）
  - ▶ 庄内プロジェクト全体会議（9回）、地域カンファレンス(3回)
  
- ▶ 専門家による緩和ケアの提供（専門緩和ケア）
  - ▶ 地域緩和ケアチーム・アウトリーチ（出張研修、5回）
  - ▶ 緩和ケア外来

プロジェクトは、20年4月よりスタートしましたが、当初は手探りの状態で、4本柱に  
そって、スライドに示したような活動を行いました。医療者教育では、月一回のスキル  
アップ研修会、市民啓発では、リーフレット、ポスター、冊子、在宅ケアのDVDの配布、  
市民講座、緩和ケアを知る100冊の設置などを行いました。地域連携では、関係者によ  
る全体会議や老人施設などを交えた地域カンファレンスを開催し、顔のみえる関係構  
築への足掛かりとしました。また、専門緩和ケアでは、地域緩和ケアチームを創設し、  
アウトリーチ(出張研修)を行い、中核の庄内病院に緩和ケア外来を新設しました。

## プロジェクト開始10ヶ月時点で浮上した問題点

- 地域としての理念、あるべき姿が共有されていない
- 具体的な年間計画や中期計画に基づいた活動になっていない
- 地域サポートセンターが求められている役割を十分に果たせていない
- 会議の進め方が効率的とはいえず、各委員会の機能が十分に果たせていない
- 本プロジェクト終了後の地域医療の姿を考える必要がある



プロジェクト開始10か月経た時点で、いろいろな問題点が浮上してきました。例えば、地域としてのプロジェクトの理念、あるべき姿が共有されていない、行き当たりばったりで、具体的な年間計画や中期計画に基づいた活動になっていない、荘内病院の地域連携室に設置された地域サポートセンターが求められている役割を十分に果たせていない、会議の進め方が効率的とはいえず、各委員会の機能が十分に果たせていない、本プロジェクト終了後の地域医療の姿を考える必要がある、などが問題視されました。



## H21年度アクションプラン策定



- ▶ 介入の四本柱（緩和ケアの標準化、市民啓発、地域連携、専門緩和ケアの充実）に沿ったワーキンググループで議論



そこで、まずはプロジェクトの理念、目的などを皆で共有し、2年目に当たる、21年度は、きちんと年間計画を作成し、着実に実施していこうということとなり、合宿を行い議論を重ねました。一日目は、コアのメンバーで、問題点を抽出し、翌日は、看護師、薬剤師、MSWなど、多職種に枠を広げ、ワークショップ形式で議論重ね、アクションプランを作成しました。図9、10はは、そのときのものです。医師、看護師、薬剤師などでのグループワーク、4本柱に沿ったグループワークを行い、在宅緩和ケアを普及させるためのどうすれば良いのか、参加した皆が意見を出し合い、21年度のアクションプランの草案を作成しました。



ワークショップの様です。

## アクションプランの具体例

- ▶ 緩和ケアの標準化・専門緩和ケアの充実
  - ▶ 中核病院の緩和ケアのスキルアップ
    - ▶ 緩和ケア専門医による教育的ラウンドや事例検討会の開催
    - ▶ 病棟看護師向け緩和ケア学習会の開催
    - ▶ 救急外来担当医師への緩和ケア教育
  - ▶ 在宅サポート体制の拡充
    - ▶ 事例検討会の開催、カンサーボードの活用、グループ診療の検討等
  - ▶ 医療・福祉従事者のスキルアップ
    - ▶ 定期的なアウトリーチの実施、地域リンクスタッフへの学習会の開催
  - ▶ 計画的・体系的な研修会の開催
    - ▶ 地域ニーズを踏まえ、少人数・インタラクティブな職種別研修会も開催
  - ▶ マテリアルやツールの活用
    - ▶ リンクスタッフを通じた各施設への展開



アクションプランの具体例です

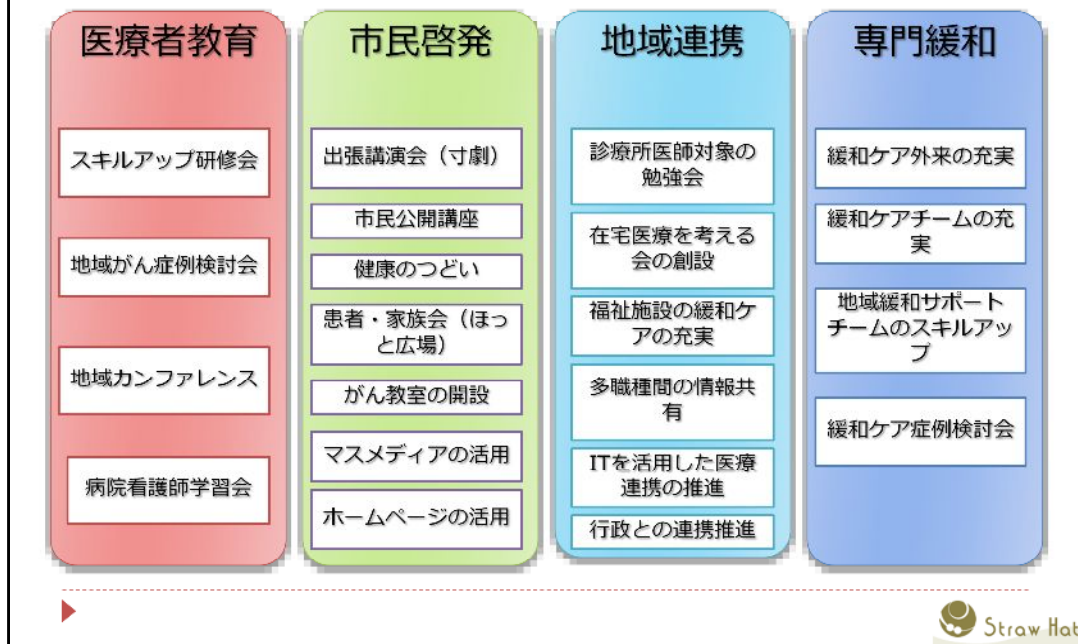
## アクションプランの具体例

- ▶ 市民啓発
  - ▶ 地域独自のパンフレット類の作成
  - ▶ 小規模な出張講演会（寸劇）の開催
  - ▶ 『100冊』より子供向け読み聞かせ会や作文コンクールを開催
  - ▶ 患者向けのがん教室の開催
  - ▶ 患者家族会の立ち上げ、患者・家族向けサロンの院内開設
- ▶ 地域連携
  - ▶ 地域リンクスタッフの拡充（介護福祉施設への拡大）
  - ▶ 在宅医療を考える会の創設
  - ▶ 薬剤師連携の会の創設
  - ▶ 看看連携の推進：話し合いの場の設定
  - ▶ 多職種間の情報共有の促進（地域リソースデータベースや患者情報共有システムの活用）



アクションプランの具体例です。

## 4本柱に沿ったアクションプラン



4本柱にそつた、おもなアクションプランを示します。

## 病院から在宅までの流れ

- ▶ スクリーニングシートなどを利用した在宅移行患者の抽出



- ▶ 在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなどと連絡調整



- ▶ 退院カンファレンスの実施

- ▶ 病院（主治医、病棟看護師、PCT、薬剤師、MSW、サポートセンター、地域連携室）
- ▶ 地域（在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー）
- ▶ 患者、患者家族



- ▶ Net4による多職種間情報共有



病院から在宅までの流れを示します。在宅へ移行できそうな患者の洗い出しをします。退院が決まると、在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなどとの連絡・調整を行います。在宅主治医の決定は、前医を優先し、そのほか地域性、患者の意向などを考慮します。また、最初に患者を紹介する際には、会長自らが医師に電話をし、プロジェクトの趣旨を説明し、説得に当たりました。退院カンファレンスは、病院側からは、主治医、病棟看護師、PCT、薬剤師、MSW、サポートセンター、地域連携室など、地域からは、在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなどが参加し、患者、患者家族を交えて、退院後の役割の確認や患者、家族の希望などを聴取します。患者・家族からは、「こんなに多くの方々に係わって頂いて心強い」という言葉が聞かれ。患者・家族との信頼関係の構築の場として、在宅療養への安心感に繋がっているという感想が聞かれています。退院後は、地域医療連携ツールであるNet4UIに、退院カンファレンスシート、他院サマリなどを添付し、在宅移行後は、在宅主治医、訪問看護師などとの多職種間での情報共有が可能となっています。

## 平成20年度 退院カンファレンス実施患者の状況



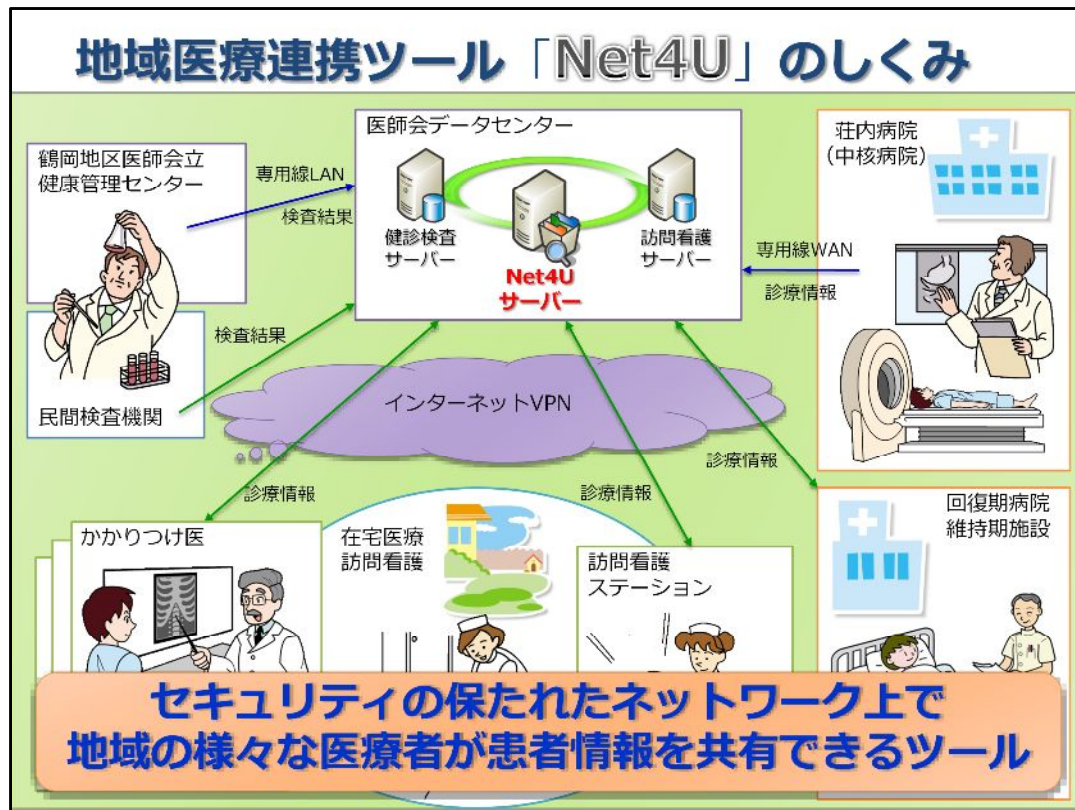
(H21年3月31日現在)

- ・患者数 : 39名 (男性25名、女性14名)
- ・平均年齢 : 75歳 (29歳~94歳)
- ・生存患者数 : 16名
- ・死亡患者数 : 23名
  - 死亡場所 : 在宅12名、病院11名
  - 在宅死亡率 : 53%
  - 平均在宅日数 : 32日 (最長264日、最短1日)

**\*平成21年4/1~6/30まで**

**退院カンファレンス実施患者数 : 11名**

平成20年度 退院カンファレンス実施患者の状況を示します。当地区では、末期がん患者は、ほとんど病院で亡くなっていましたので、在宅移行がそれなりに進んでいると評価できると思います。



Net4Uの仕組みを示します。Net4Uは、地域の医療機関、訪問看護ST、老人施設、ケアマネジャー、調剤薬局などの間で、患者情報を共有できるツールです。医師会に設置したサーバで情報を一括管理し、インターネットを介して、情報を共有するという仕組みです。8年以上にわたる運用実績があり、登録患者は2万名を超えます。



## 退院時にはPDF化した退院カンファレンスシートを添付 以後は、在宅主治医、訪問看護師などと情報共有

The screenshot displays a web application interface for a medical system. On the left, there is a sidebar with navigation options like 'カルテ' (Medical Record), '再発紹介状' (Re-introduction Certificate), '訪問看護' (Home Nursing), '特別訪問看護' (Special Home Nursing), '患者サマリ' (Patient Summary), '受信一覧' (Reception List), and '環境設定' (Environment Settings). The main content area shows a patient's record for December 2008, with a 'PDF' button highlighted in red. A red arrow points from this button to a PDF document viewer window titled 'V1A4NT1D.pdf - Adobe Acrobat Standard'. The PDF document is a '退院カンファレンスシート (病院医師プレゼンテーション用 [5分])' (Discharge Conference Sheet for Hospital Doctor Presentation [5 minutes]).

The PDF content includes:

- 患者さん情報:** 患者さんは、[ ] さん、48 歳、女性 です。H20年8月 初発の [ ] がんで、現在 [ ] をしています。
- 重要な医療的事項として:** 原発不明の転移性脊椎腫瘍。主にデュロテップ MT パッチ (4.2 mg) の日毎 による疼痛緩和、1ヶ月に1回程度、高Ca血症に対して、ゾメタ (4 mg) 点滴静注。ADL 拡大のための理学療法。
- 現在がんのある部位:** 図示された解剖学図 (臓器と骨格) を参照。
- 注:** 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。
- 下部:** 現在の問題点、原因、現治療、予測される事象と対応

院時には、病院側で、退院カンファレンスシート、退院サマリなどをNet4Uに添付します。紹介状を在宅主治医や訪問看護師へ送付することで、カルテの共有が開始されます。

## ツール利用者の評価～在宅主治医～

- ▶ 自分には緩和ケアに関するスキルもノウハウもなかったが、「Net4U」があれば**いつでも相談できる**ということで、在宅主治医を引き受けることができた。これがないと不可能だった。
- ▶ 「Net4U」上で様々な相談ができたことで、**病院の主治医、PCTと離れない関係**で診療ができた。
- ▶ 単なる専門家ではなく、**病院で診てくれていた人に訊ける**というのは、内容の充実度が違う。

在宅主治医のツール利用後の評価を図に示します。在宅緩和ケア普及の阻害因子のひとつに、在宅主治医が緩和ケアに対する十分な知識や経験がないため、引き受けることをためらうということが挙げられます。このような課題に、患者に関わる医療者が情報を共有し、時間的に制約なしに相互に意見交換できるNet4UのようなITツールは、とても有用であると考えられました。

## まとめ

- ▶ 地域医療再生のためには、ないものを求めるのではなく、あるものをつなぎあわせることで、地域の少ない資源を有効に活用する方策を考えていくべきである。そのためには、
- ▶ 顔の見えるネットワークを基盤とし、多職種、多施設がそれぞれの役割を分担し、より効率的に医療・介護を提供するという「包括的地域連携ネットワーク」が求められている。
- ▶ 庄内プロジェクトの取り組みは、まさに包括的地域連携ネットワークの基盤整備であり、地域全体で患者を支えていくという地域完結型医療へのモデルといえる。

まとめです。地域医療再生のためには、ないものを求めるのではなく、あるものをつなぎあわせることで、地域の少ない資源を有効に活用する方策を考えていくべきです。そのためには、顔の見えるネットワークを基盤とし、多職種、多施設がそれぞれの役割を分担し、より効率的に医療・介護を提供するという「包括的地域連携ネットワーク」が求められていると思います。庄内プロジェクトにおける、医療者教育、市民啓発、地域連携などの取り組みは、まさに包括的地域連携ネットワークの基盤整備であり、緩和ケアの普及に留まるものではなく、地域全体で患者を支えていくという地域完結型医療へのモデル事業といえと考えています。