

2022年 緩和ケア部門報告

1. 地域包括緩和ケアシステムの構築に向けて
 - ・ 2022年第1回4部門合同研修会報告
 - ・ 2022年第1回緩和ケア部門会報告
2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
推進に向けて

【2022年度第1回 4部門合同研修会・緩和ケア部門会開催】

～地域包括緩和ケアシステムの構築に向けて～

【開催日時】2022年7月30日13:30～15:30、15:40～16:40

【参加者数】4部門合同研修会:31施設137名

緩和ケア部門会:29施設97名

【内 容】

講演1:「地域包括ケアと緩和ケアの統合」

講師:筑波大学医学部医療系 緩和医療学 教授 木澤 義之先生

講演2:「実践！鹿児島医療圏における緩和ケアの地域連携

～価値を共有し地域で支援する～」

講師:社会医療法人博愛会 相良病院 顧問 江口 恵子先生

報告1:「がんかかりつけ施設としての関わり」

報告者:医療法人健幸会 天辰病院 院長 天辰 仁彦先生

報告2:「がん緩和地域連携における在宅医の悩み」

報告者:医療法人浜友会 きいれ浜田クリニック 院長 濱田 努先生

報告3:「地域における緩和ケア連携の実際と課題」

報告者:在宅看護センターNicolor 緩和ケア認定看護師 吉本 理加先生

質疑応答・意見交換

全体的な目標（再掲）

- 重い病を持つ患者とその家族が、
 - どこに住んでいても、誰でも、必要に応じて、
 - 適切に緩和ケアを受けられるようにすること。
-
- これを達成するためには、都道府県全体での取り組みが必要になる→資源の最適化を考えた上で医療をデザインする必要性→ **医療計画・地域包括ケアへのアプローチが必要になる**

バックベッド
問題

緩和ケア・在宅
医療への誤解

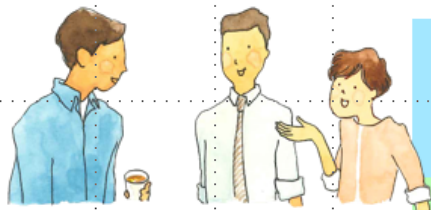
在宅移行の
タイミング
が遅い

コミュニケー
ションの問題

地域にある課題

多職種間の
相互理解不足

情報不足



第一段階
顔の見える関係づくり

第二段階
体制づくり

第三段階
地域づくり

第二段階である「地域
緩和ケア連携会議」は、
顔の見える関係があっ
て初めて機能する



すべてのがん患者・家族が、自身の意向に沿った療養が
可能な限りできる、適切な緩和ケアが提供される地域

地域緩和ケア連携調整員とは、

- 「がん治療病院」と「在宅医療等の地域医療を担う関係者」を含めた**地域のネットワークの構築を促す**人材である
- 地域の課題を抽出し解決に向けた取り組みを行っていくための**事務局的な役割を担っていく者**である。

地域緩和ケア連携調整員の役割

●顔の見える関係づくり

地域内の既存のネットワーク等を活用しながら、地域内の関係者が顔を合わせて意見交換を行える場を作り、基盤となる顔の見える関係づくりを進める

●体制づくり

拠点病院の院長や郡市医師会などの地域内のキーパーソンのバックアップのもとで、緩和ケア関係者が集まり地域の緩和ケア連携の課題等について話し合う場の設定を行う

●地域づくり

地域の緩和ケア連携の課題解決に向け、その地域に沿った取り組みを行う事務局的な活動を担い、がん患者の方々が地域内で適切な緩和ケアを受けることができるよう、地域連携の課題の解決を目指す

地域全体で、がんにおける緩和ケアを提供できる基盤を作っていくため、地域のがん医療と緩和ケアに関する医療福祉機関、職能団体等が円滑に連携できるように、関係者間のネットワーク構築を促す活動を行う現場の担い手

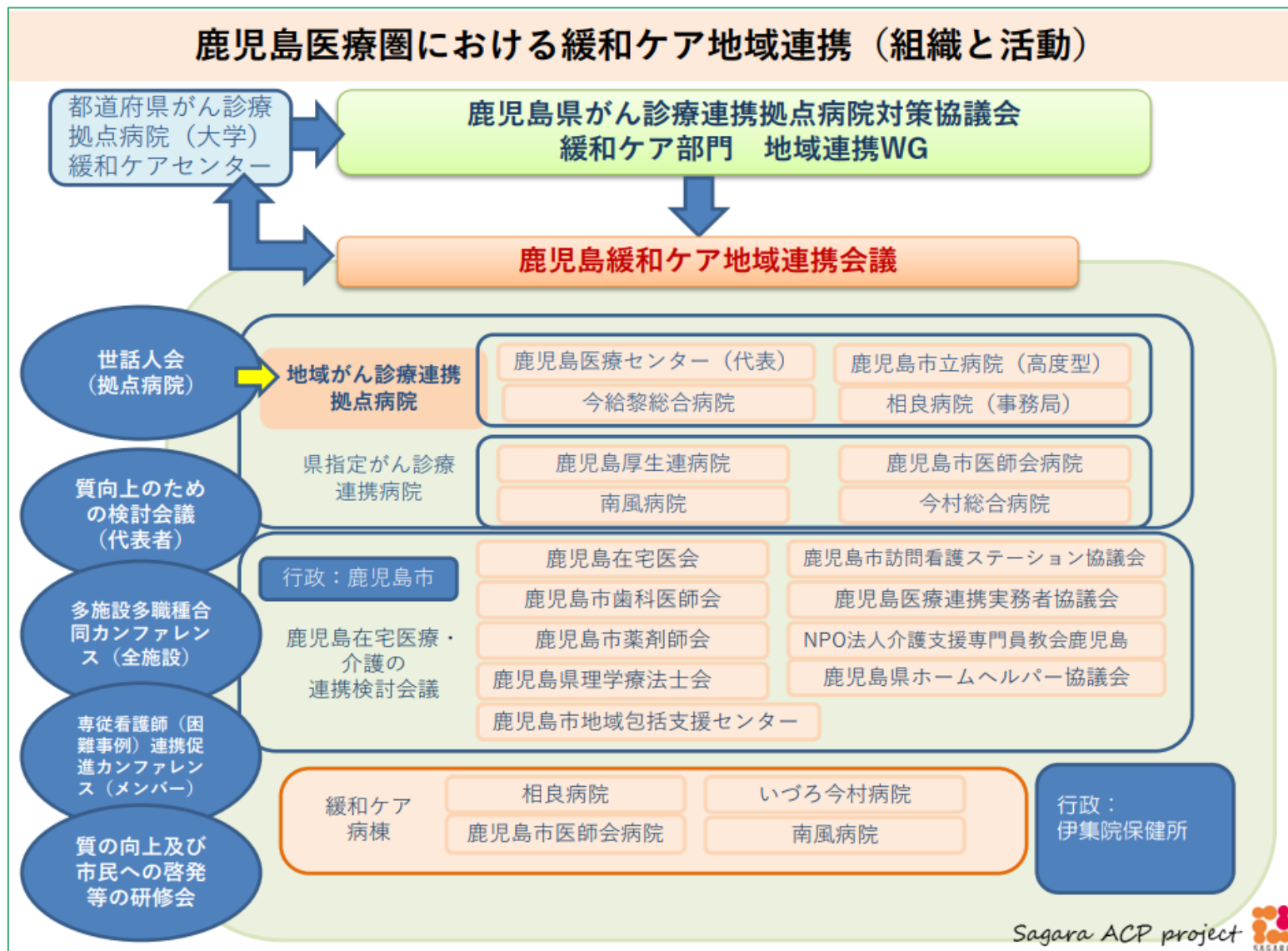
2022年第1回4部門合同研修会 木澤義之先生資料より抜粋

専門的緩和ケアと地域包括ケアの連携を図り統合するために地域緩和ケア連携調整員の育成と活動が必要！



2022年第1回4部門合同研修会 木澤義之先生資料より転載

「実践！鹿児島医療圏における緩和ケアの地域連携～価値を共有し地域で支援する～」
 社会医療法人博愛会 相良病院 顧問 江口 恵子先生



活動の目指すもの（2018）

今回の会議で参加者全員の賛同を得た

- 1、地緩和ケア地域連携会議の継続
- 2、多職種多領域コアメンバーによる検討会の開催

- ・ 10月～11月の間で1回行う
- ・ 緩和ケアの視点から医療・会議連携会議と連携する

全てのがん患者・家族が自身の意向に沿った療養が可能な限りできるよう、適切な緩和ケアが提供できる地域

地域づくり

体制づくり

顔の見える関係づくり

地域緩和ケアの課題の明確化

地域緩和ケア連携の課題の明確化

顔の見える関係の強化

緩和連携のタイミング

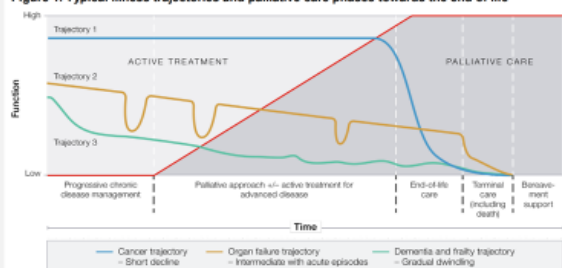
目標

- ・ 前もって最後の療養場所を相談しておく
- ・ PSが比較的保たれる(酸素なし,杖~車いす)
- ・ 食事可能、連携先でラポールが形成できる
- ・ よい時間を本人・支援者ともに過ごせる

実際

- ・ 酸素投与、寝たきり、数時間~の予後
→在宅連携先の裁量で自宅お看取り
- ・ 急速な増悪による、意識レベル低下
→転院中止、当院お看取り

Figure 1. Typical illness trajectories and palliative care phases towards the end of life



2022年第1回緩和ケア部門会 天辰仁彦先生資料より転載

【現状】

気軽に相談できる窓口がない

他施設と意見交換できる場がない

【現状】

連携が遅く、患者・家族の望む時間を過ごすことができないケースがある

患者・家族の望むことが把握されないまま、次の施設へ引き継がれることも...

困りごと:Peer reviewの難しさ

同分野(同業)からの評価

- ・ 緩和ケア症例毎の背景が千差万別
自施設がやっているケアが正しいか？
患者の苦痛を緩和できない時にほかに方法がないか？
「それでいい」と言ってくれる第三者がいなかったことがストレス
- ・ 医療施設/在宅医療の生死観・価値観のすりあわせが難しい
健康・病気について地域社会との共通認識や相談の仕組みをつくるための方法を考えています。



「地域医療における在宅医の、悩み」

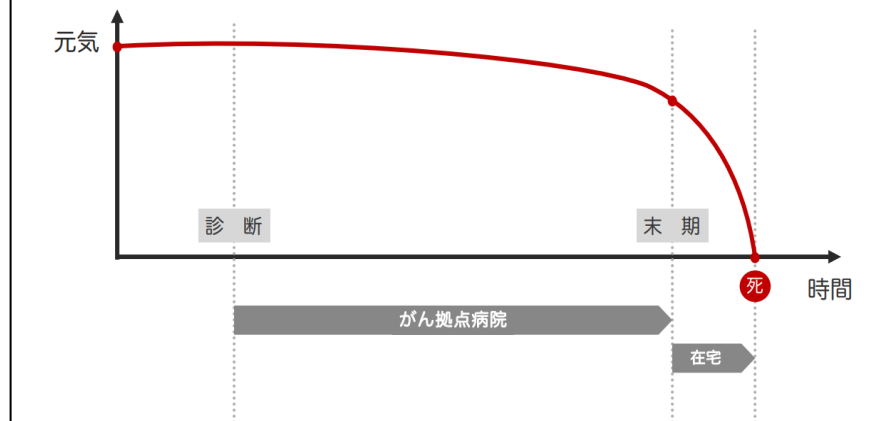
医療法人浜友会きいれ浜田クリニック 院長 濱田 努先生

在宅医の、3つの悩み

- ① 関わる期間が短い
- ② 必要な情報が不足
- ③ 病院とどう連携？

2022年第1回緩和ケア部門会 濱田努先生資料より転載

がんの自然経過



2022年第1回緩和ケア部門会 濱田努先生資料より転載

在宅で受け入れる側に必要な情報は？

今までの治療経過（病気）



今後の事・ACPの情報(生活)

2022年第1回緩和ケア部門会 濱田努先生資料より転載

できるだけ患者のQOLの良い時期に
患者・家族が希望される療養場所への移行を
支援する体制が必要！！

早期・治療期から情報を共有できる
仕組み、医療者の意識、、

目標 「地域の特性に応じた地域連携の構築・・・地域完結型のがん医療と介護を目指す
「**在宅で過ごすための条件**」と「**今後取り組む課題**」

* 本人の希望があること

* ACP：本人の家族の希望を聴き取る環境と人の意識

課題1 ACPに対する認識と取り組み（連携と教育の継続）

* 支える家族の力があること、家族を支える力があること

課題2 緩和ケアに携わるための知識と技術の向上（専門職の活用）

* 患者（利用者）に関わる人たちの役割認識と責任感、知識と技術

課題3 薬剤の準備、取り扱い、機器の取り扱いなどのシステム構築

課題4 自宅療養中に感染症（コロナウィルスなど）を起こさない

* 支える医療者間の関係性、医療者と家族の関係性が良好であること

課題4 連携ツールの活用と工夫

すべてに共通する **繋がる人との関係性、連携**

意見交換・部門会終了後アンケートのご意見のまとめ

【連携体制の整備について】

- ・困った時にすぐに相談できる窓口などの体制づくり、顔の見える連携が出来たらよい。
- ・治療医が地域の先生方にどのような情報提供をしているのか見直す必要がある。
- ・地域で頑張っている先生方と連携して在宅医療を推進したい。
- ・在宅医療機関と連携していくための体制づくり(連携シートの活用、オンラインカンファレンスの仕組み作り)
- ・県全体でがんに関する地域包括ケアに取り組む話し合いの場を持つことが必要である。
- ・協働することによりできることの幅が広がる。皆で乗り越える強みもあると思う。

【拠点病院と地域施設との情報共有について】

- ・在宅医療施設と病院間でオンラインでのカンファレンスを行っている施設もあるが、ごく一部にとどまっている。もっと実施していきたいが、患者の個人情報をもどのように扱うかシステム上の問題を解決しなければならない。
- ・一部ではあるが拠点病院がオンラインでのカンファレンスを行っていることを周知させる必要がある。

【緩和ケアの質向上の取り組みについて】

- ・地域の緩和ケアの質向上のために研修会の開催や相談を受けられる体制を取りたい。
- ・療養型施設や訪問看護ステーション等が何に困っているか、アンケートを行い現状を把握して対応につなげる。
- ・医師会と協力し、地域緩和ケアの強化のため、療養型施設や訪問看護ステーション等へ緩和ケア部門会、研修会等への参加案内をした方がよい。

2022年 緩和ケア部門報告

1. 地域包括緩和ケアシステムの構築に向けて

- ・ 2022年第1回4部門合同研修会報告
- ・ 2022年第1回緩和ケア部門会報告

2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP） 推進に向けて

～ACPとは～

患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、
これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセス

かごしまACP推進プロジェクト

2019年 鹿児島県「医療・ケアの意思決定支援プロセス事業」

2019年8月、鹿児島ACP推進プロジェクト委員会発足

委員長：鹿児島大学病院腫瘍センター長 上野真一教授

委員：鹿児島県医師会、鹿児島大学病院、がん診療連携医療機関、
在宅療養・介護機関、地域包括支援センター有識者、
オブザーバー（鹿児島県）

事務局：相良病院

これまでの取り組み：①県内医療従事者を対象にACPについてのアンケート調査

②本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会
（E-FIELD及びE-FIELD・HOME研修、SICP研修）

③ACPのツールの作成（鹿児島ACP連携用紙）と活用推進

④ACP実装研究（がん患者のACP推進のための課題の
抽出とプログラムの構築）

鹿児島県内統一版ACP連携用紙

- ① 病気のことをどこまで知りたいか、誰と聞きたいか
- ② 病状や将来への不安、気がかりなことについて
- ③ 大切にしたいこと、生きがいなどの支えになるもの
- ④ 現在の病状や日常生活の過ごし方、以前との変化について
- ⑤ 将来、治療変更が必要になったら、どうしたいか
- ⑥ 今後の医療やケアについての希望、療養場所についての希望
- ⑦ 将来のことや治療のことなど物事の決め方やその能力
- ⑧ 頼りにしている人、代理意思決定者、本人をサポートする人の状況、話し合っている内容など
- ⑨ ⑧の人と話し合っている内容
- ⑩ 予後や余命について、どの程度把握しているか、どのように理解しているか

➡ 話し合えていない場合、その理由を記載

患者の思いを調査するのではなく、会話の中から思いのかけらを集めるような感覚で・・・

まだ十分に周知されておらず、一部の施設の活用にとどまっている・・・。

[illegible]

鹿児島がん患者のACP実装プロジェクト

がん患者のACP推進のための課題の抽出とプログラムの構築

2022.7.13 ACP実装研究 第1段階
「現状の課題を語り合い、課題を明確化する」



【テーマ】

「がん患者のACP推進の必要なのかを明確にするため、現状の課題を抽出する」

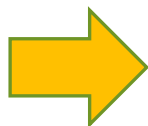
鹿児島県内のがん拠点病院のがん治療医、緩和ケア医、在宅医療に携わる医師、看護師や薬剤師、MSWなどの医療者(21施設77名)が集まり、ACPについてグループワークを実施

まとめ

- ・「どこに住んでいても、誰でも、必要に応じて、適切に緩和ケアを受けられる」ようにするために、都道府県全体での取り組みが必要であり、鹿児島県の実情を踏まえ、医療計画・地域包括ケアへアプローチする必要がある
- ・鹿児島緩和ケア地域連携会議や緩和ケア部門会など、連携のための組織や体制は整っているが、拠点病院以外の地域施設（療養型施設や在宅医療・介護施設、訪問看護ステーションなど）との連携のための体制づくりが求められている

拠点病院の機能強化

地域との連携・支援



今後の緩和ケア部門会での取り組み：各拠点病院と地域施設との連携について、情報を共有・ディスカッションし、活動強化につなげる

ご協力、よろしくお願いいたします！！

- ・連携のためのツール「鹿児島ACP連携用紙」の活用が一部の施設で始まっており、ACP推進のため、鹿児島県全体で活用されるよう活用推進に積極的に取り組んでいく必要がある

鹿児島大学病院緩和ケアセンターHPからでもダウンロードできるよう準備中！