

「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」

最終報告書

**～在宅緩和ケアコーディネーターの配置と
活動の拡充のための提案～**

平成 29 年 8 月

**広島県健康福祉局
広島県緩和ケア支援センター
地域在宅緩和ケア推進協議会**

目 次

1	はじめに	1
2	広島県の在宅緩和ケアの目指す姿	1
3	「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割	2
4	モデル事業の実施状況と 在宅緩和ケアコーディネーターの活動	3
5	在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果と評価	5
6	明らかになった在宅緩和ケアの課題と取組み方策	6
7	(まとめ) 在宅緩和ケアコーディネーターの配置と 活動の拡充のための提案	7
8	おわりに	9

【資料】

資料 1	在宅緩和ケア推進事業の経過	10
資料 2	各地区の取組み概要	11
資料 3	地域在宅緩和ケア推進協議会 要領・委員名簿・開催状況	12
資料 4	在宅緩和ケア推進事業に関する確認表の状況	15
資料 5	在宅緩和ケアに関する意見聴取の結果	16
資料 6	在宅緩和ケアコーディネーター（広島がんネット）	17
資料 7	がんの在宅緩和ケアの特徴	18

【各地区の実践報告書】

1	J A 広島総合病院	21
2	東広島地区医師会	36
3	広島市立安佐市民病院	59
4	市立三次中央病院	83
5	福山市医師会	96
6	呉市医師会	114
7	三原市医師会	131

「広島県地域在宅緩和ケア推進モデル事業」最終報告書

～在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案～

平成 29 年 8 月
広島県健康福祉局
広島県緩和ケア支援センター
地域在宅緩和ケア推進協議会

1 はじめに

「第 2 次広島県がん対策推進計画（平成 25 年 3 月策定）」において、医療・介護・福祉を具体的に
つなぐ機能の充実を図るため、県内各地域の実状に応じて、緩和医療と介護等サービスを調整する役
割を担う「在宅緩和ケアコーディネーター」を配置することが明記された。この取組みを進めるため、
平成 25 年度に、広島県緩和ケア支援センターの事業として、「在宅緩和ケア推進事業」を立ち上げた。
「在宅緩和ケア推進事業」は、モデル地区において、在宅緩和ケアコーディネーターを配置し、医療・
介護・福祉を具体的につなぐ活動の実践（地域在宅緩和ケア推進モデル事業）と、全県での在宅緩和
ケアコーディネーターの活動の仕組みづくりと普及のための検討等を行う検討会議（地域在宅緩和ケ
ア推進協議会）を主な事業内容とした。

取組開始から 3 年目の平成 28 年 3 月には、モデル事業に取り組んだ 2 地区（広島西圏域の
J A 広島総合病院と、広島中央圏域の東広島地区医師会）の実践結果について中間報告を行った。

そして、平成 29 年 3 月末をもって、県内 7 つの全二次保健医療圏域内の地域で地域在宅緩和ケア推
進モデル事業（以下「モデル事業」という）の実施が終了したので、全てのモデル地区の実践と成果
を踏まえた「在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案」として最終報告を行
う。

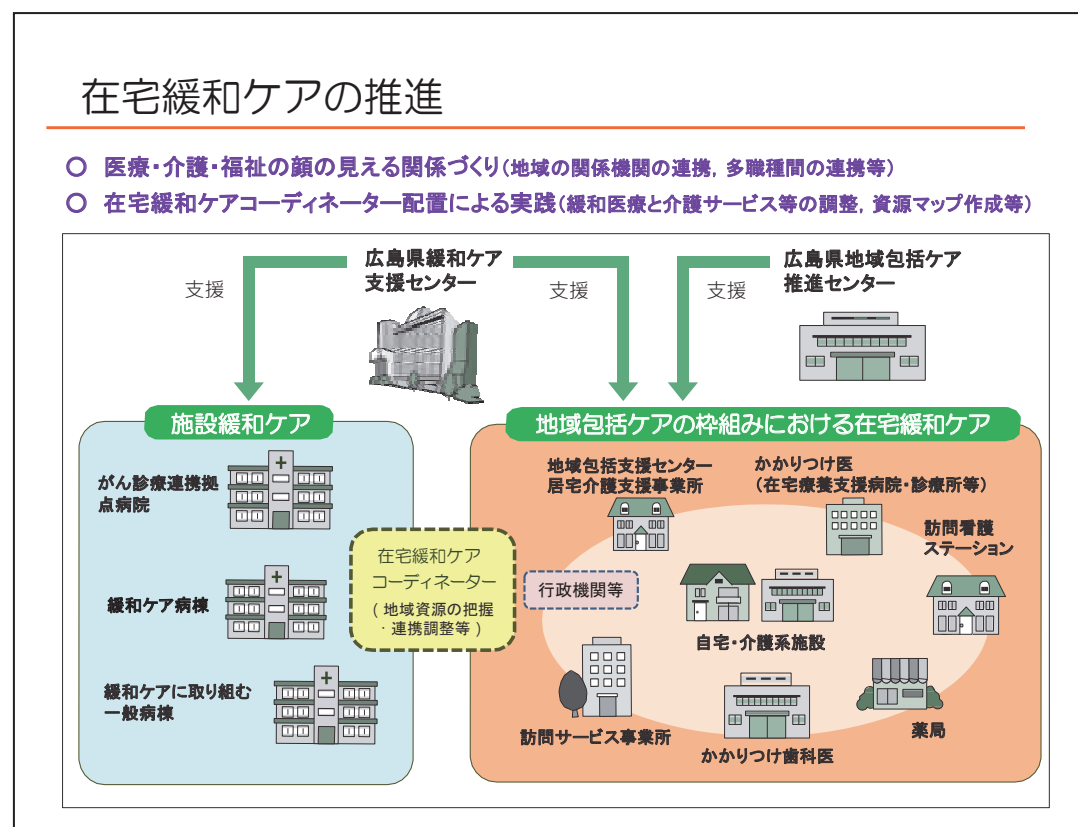
2 広島県の在宅緩和ケアの目指す姿

《第 2 次広島県がん対策推進計画（平成 25 年 3 月策定）における緩和ケアの目指す姿》

- がんと診断された時から、希望する場所で、全てのがん患者とその家族が、適切な緩和ケアを
受けられる体制が整っている。
- “がんと共に”自分らしく生きるための地域における療養体制ができている。

この目指す姿の実現に向け、平成 25 年度から在宅緩和ケアについては、適切な医学管理が必要なが
んの特性を踏まえた病院等での施設緩和ケアと、地域包括ケアの枠組みの中で提供されている在宅緩
和ケアをつなぐ在宅緩和ケアコーディネーター配置の取組みを始めた。

図 1 在宅緩和ケアの推進体制のイメージ図



3 「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割

平成 25 年度の事業開始時に、「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割を、図 2 のとおり定めた。

図 2 「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割

がんの在宅緩和ケアにおいては、その医学的、社会的な特徴を十分踏まえ、病状の急速な悪化や症状マネジメントへの配慮が必要である。

地域包括ケアシステムは、疾患を限定せず一定の地域内の医療・介護・福祉の提供体制の包括的な構築を目指しており、がんの在宅緩和ケアでは、がん診療連携拠点病院（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）や緩和ケア病棟という専門的緩和ケア提供施設の機能を十分に活用した体制構築が必要である。

在宅緩和ケアコーディネーターは、緩和ケアと地域包括ケアの両方の視点を持ち、地域の課題や特徴・強みを踏まえて活動することを基本とする。

【期待する役割】

拠点病院等の治療病院と在宅医療の相互連携、多職種間の連携、医療と介護の連携を図り、各患者に必要な地域・在宅における緩和ケアと介護サービス等の調整を行うことを役割とする。

- | | |
|---|--|
| <p>(1) 地域の体制構築機能</p> <p>① 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の運営</p> <p>② 事例検討会等の開催</p> <p>③ 在宅緩和ケア資源マップの作成・活用・更新管理等</p> | <p>(2) 現場機能</p> <p>① 患者・家族の相談に対応</p> <p>② 医療・介護・福祉関係者の相談に対応</p> <p>③ 病院と在宅、医療と介護間の調整</p> |
|---|--|

4 モデル事業の実施状況と在宅緩和ケアコーディネーターの活動

モデル事業の実施内容は、①在宅緩和ケアコーディネーターの配置②地域ネットワーク会議の実施③地域資源マップの作成④地域連携パス等の検討の4項目を基本とし、実施期間を2年間とした。各圏域の在宅緩和ケアコーディネーター配置施設及び活動エリア・活動の特徴は表1のとおりであり、配置施設の類型により、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という）配置型と地区医師会配置型に分けることができた。

類型別の地域ネットワーク会議や地域資源マップ作成等の各事業実施概要と特徴は、表2のとおりであった。

在宅緩和ケアコーディネーターに期待した役割の（1）体制構築機能と（2）現場機能については、表3のとおり、在宅緩和ケアコーディネーターと配置施設の担当医師や事務担当者等が役割分担しながら進められた。在宅緩和ケアコーディネーターの職種は、看護師と社会福祉士等が約半数ずつで、ひとつの地域で両方の職種が従事する場合が多かった。両職種が従事することで、各職種の援助技術の違いを生かしたより広い視点を持った活動につながった。

表1 モデル事業の実施状況（在宅緩和ケアコーディネーター配置）

類型	配置施設 (圏域)	在宅緩和ケアC○ 【所属】職種(人数)	主な 活動エリア	活動の特徴
拠点病院 配置型	J A 広島総合病院 (広島西)	【医療相談室、訪問看護ステーション】 社会福祉士(1) 緩和ケア認定看護師(1)	廿日市市	◆地区医師会が支援している8職種による多職種連携の会「廿日市市五師士会」のネットワークと連携した取組
	広島市立 安佐市民病院 (広島)	【地域連携室、緩和ケアチーム兼任】 緩和ケア認定看護師(1)	広島市のうち 安佐南区 安佐北区	◆院内緩和ケアチームと地域連携室による、診断時から在宅までの継続した取組(病状告知の同席・病棟ラウンド～退院支援調整～退院後の連絡窓口)
	市立三次中央病院 (備北)	【緩和ケアチーム】 緩和ケア認定看護師(1)	三次市 庄原市	◆院内緩和ケアチームのアウトリーチによる在宅医へのコンサルテーション等、院内活動を院外・地域活動へ拡大した取組
地区医師会 配置型	東広島地区医師会 (広島中央)	【地域連携室】 訪問看護認定看護師(1)	東広島市	◆地域包括ケアを視点に、地区医師会地域連携室が関係機関へ積極的にアウトリーチし、関係者・関係機関を横断的に結んだ取組
	福山市医師会 (福山・府中)	【地域の往診専門診療所 (3施設)】 社会福祉士(1) 看護師(2)	福山市	◆関係者の在宅勉強会を基盤に、地区医師会を調整役とした在宅専門医療機関の協働による取組
	呉市医師会 (呉)	【地域の拠点病院(3施設)】 社会福祉士(2) 看護師(1)	呉市	◆地区医師会を調整役とした、地域内の3拠点病院のがん相談・地域連携室の連携による取組
	三原市医師会 (尾三)	【地域の病院(9施設)】 社会福祉士等(8) 看護師(9)	三原市	◆地区医師会を先導役とした、地域包括ケア・行政と一体的な体制の中での取組 ◆市内9病院連携による取組

表2 配置類型別の各事業の実施概要・特徴

事業	拠点病院配置型	地区医師会配置型
相談対応	在宅緩和ケアコーディネーターが配置されている部署（地域連携室・がん相談、緩和ケアチーム）において相談対応。	4か所のうち2施設が医師会内に在宅緩和ケアコーディネーターによる相談窓口を設置し、2施設が在宅緩和ケアコーディネーターのいる病院内で相談対応。
地域ネットワーク会議	全体的に、市町行政担当者の参加のしにくさが感じられた。	拠点病院からの参加を得ることで、これまでにないつながりが持てた。
地域資源マップ作成	東広島地区医師会作成のマップの内容を標準項目とし、他の地区は、標準項目を参考に元々の取組み等も考慮して作成。	
	医師会等の各関係機関の協力を得て、自ら調査し作成。 作成後に、地域包括ケアで作成される市町のマップと統合する動きも一部でみられた。	地域包括ケアで既に作成されている当該市のマップを基本に、緩和ケアの内容を充実する等、地域包括ケアの取組みと協働したマップを作成。
地域連携パス等の検討	医師会との連携の中で、病院から退院時の地域連携パスや患者手帳の作成に取り組んだ。	病院と在宅医療の情報交換を行う連携シートの作成に取組み、患者の療養に必要な情報が双方に伝わるツールができた。

表3 期待した役割に対する取組み体制

	内容	取組み体制
体制構築機能	① 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の運営	在宅緩和ケアコーディネーターと担当医師を中心に内容や実施方法を検討し事務担当の協力により実施
	② 事例検討会等の開催	
	③ 在宅緩和ケア資源マップの作成・活用・更新管理等	
現場機能	① 患者・家族の相談に対応	在宅緩和ケアコーディネーターが相談対応と必要な調整を実施
	② 医療・介護・福祉関係者の相談に対応	
	③ 病院と在宅、医療と介護間の調整	ネットワーク会議等で出た課題や取組み方針に従って、在宅緩和ケアコーディネーターが、実際の訪問や連絡調整を実施

拠点病院配置型と地区医師会配置型の両方の在宅緩和ケアコーディネーターの主な共通点は、地域の医療介護の資源の把握と患者の意思を聞きその意思に沿った療養支援体制づくりを進めることだった。

緩和ケアと介護サービス等をつなぐという目的は同じでもその方法は異なっていた。拠点病院配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、がん治療・緩和ケアの専門機関として、診断時からの緩和ケアが提供できる病院内の体制づくりと緩和ケアチーム・地域連携室の活動を地域の住民や従事者へ広げること等の方法により取り組んだ。一方、地区医師会配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域包括ケアシステムをもう一つの基盤に、基本的緩和ケアの提供者である在宅医療・介護の従事者から近い立場で相談を受け、拠点病院等専門的緩和ケアへの連携窓口と双方が直接に連絡を取りやすくなる橋渡しを行った。

(注) 1 「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和を図ることである。

2 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識に加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応することである。

（緩和ケア専門委員会報告書より抜粋）

5 在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果と評価

在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果及び類型別のメリット・デメリットを表4に示した。なお、表1、表2、表3、表4の内容及び次項の在宅緩和ケアの課題については、モデル事業実施施設の担当者や関係者による「在宅緩和ケアモデル事業に関する確認表」（資料4参照）による自己評価と、それに基づく各地域への意見聴取（資料5参照）の結果等から評価検討した。

表4 在宅緩和ケアコーディネーターの活動の成果及び類型別のメリット・デメリット

活動の成果	類型	メリット	デメリット
●関係機関の多職種間で顔の見える関係づくりが進んだ。 ●関係者間で地域の課題を共有できた。 ●拠点病院での在宅緩和ケアに対する取り組みが充実し、地区医師会との具体的な連携が進んだ。 ●拠点病院と在宅スタッフ間で、個別事例等の連絡が取りやすくなった。	拠点病院配置型	・国のがん対策の施策の流れに沿った展開ができる。 ・専門人材が確保しやすい。 ・組織が安定しており、事業継続がしやすい。 ・拠点病院緩和ケアチーム等の専門的緩和ケアと一体的な活動ができる。	・介護の関係機関・関係者とのつながり、地域包括ケア（市町行政）との関係が弱い。 ・組織横断的な活動が展開しにくい。
	地区医師会配置型	・既存の制度に縛られず、地域特性に応じた独創的な活動が展開できる。 ・かかりつけ医や在宅医との連携が取りやすい。 ・地域包括ケア（市町）との連携が取りやすく、市町の地域包括ケアシステム構築事業の枠組みの中で一体的に取り組むことも可能である。	・組織の体制が不安定で、事業継続が難しい。 ・人材確保が難しい。 ・財源が得にくい。

今回モデル事業により、各地域に「在宅緩和ケアコーディネーター」を配置することで、関係者の顔の見える関係づくりが進み、拠点病院等の治療病院と在宅医療・介護従事者の連携が深まり、そのことで個別の患者・家族への支援の充実にもつながり、地域課題を共有し解決のための協働の礎が築けることが分かった。

地区医師会配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域包括ケアの枠組みの中で基本的緩和ケアの従事者に対する相談・調整等を行いながら必要に応じて、専門的緩和ケアへつなぐことができ、拠点病院配置型の在宅緩和ケアコーディネーターは、地域の基本的緩和ケアの従事者へ専門的緩和ケアへのコンサルテーション等により支援することができた。

なお、「在宅緩和ケアコーディネーター」に期待する役割(図2)について、類型別（拠点病院配置型と地区医師会配置型）による差はほとんど見られなかった。（資料4参照）

6 明らかになった在宅緩和ケアの課題と取組み方策

在宅緩和ケア推進事業の一連の活動から見てきた全体的な在宅緩和ケアの課題と、在宅緩和ケアコーディネーターの活動を中心とした望まれる取組みを整理した。

〔在宅緩和ケアの課題〕（※既に出来ている地域等もあるが、まだ課題が残っているものを掲載）

- ①治療医や病院スタッフが在宅緩和ケアの現状を把握できておらず、在宅移行を見据えた早期からの介入ができていない。
- ②患者・家族が在宅緩和ケアについて知らず、相談窓口にとり着けていない。
- ③外来でがん治療を行うことが増えているが、院内の相談体制は不十分で、外来がん治療からの在宅緩和ケアへの移行時の支援・連携体制が構築されていない。
- ④市外や県外など遠方の治療病院から在宅緩和ケアへ移行する場合に、十分な在宅調整がされていない。
- ⑤痛みや看取りへの対応など緩和ケアを提供できるかかりつけ医、保険薬局、訪問看護ステーションなどの医療資源は地域内に偏りがあり、提供されるケア内容に質の差もある。
- ⑥介護支援専門員や介護スタッフは、医療の知識と経験が不十分で、がん患者への対応やコミュニケーションに不安がある。
- ⑦介護保険施設等からの救急搬送が後を絶たない現状から、高齢がん患者の施設での緩和ケアの提供や看取りが進んでいるとは言えず、十分な実態把握もできていない。
- ⑧在宅緩和ケアの充実を評価する統一的な指標がない。

〔望まれる取組み〕

- ①治療医等治療病院医療従事者の在宅緩和ケアに関する理解の促進
診断・治療期から在宅緩和ケアをイメージした支援ができるよう、拠点病院等の治療病院の医療従事者の理解を深める必要がある。
- ②患者・家族等へ診断時から使える在宅緩和ケア啓発ツールの作成
病院内の案内掲示等だけでは、患者・家族が在宅緩和ケアやその相談窓口を知る機会が不十分であるため、より患者・家族に認識される啓発ツールの検討と作成が必要である。
- ③緩和ケアの提供に係る連携体制の構築
療養場所が変化しても、継続して緩和ケアが提供できるよう、在宅緩和ケアコーディネーターの活動と配置の拡充が必要である。特に、外来で、これからの療養や症状変化、病状悪化時の対応方法の説明と確認が必要である。また、訪問診療や訪問看護等社会資源、在宅療養についての相談窓口の紹介が必要である。
- ④遠隔地で治療を行った患者にも対応できる、調整・相談体制の整備(次項参照)
遠隔地（県外や2次医療圏域外）の治療病院と在宅緩和ケアコーディネーターをつなぎ、必要な患者がもれなく在宅緩和ケアにつながる仕組みづくりが必要である。
- ⑤在宅緩和ケア提供体制の充実
かかりつけ医、保険薬局、訪問看護ステーション等の医療資源の実態把握が必要で、がん診療拠点病院の専門医とかかりつけ医の連携が図れる仕組みづくり等の工夫が必要である。また、医療・福祉従事者の質の向上を図るために研修や事例検討等の開催が必要である。
- ⑥介護支援専門員、介護スタッフの質の向上
医療職と連携をとりやすくするために、日ごろからカンファレンス、事例検討等を行い顔の見える関係を構築しておく必要がある。また、がん診療拠点病院等で福祉職を含めた研修を実施する必要がある。
- ⑦介護施設等での看取りへの技術支援
高齢がん患者の介護施設での看取りを支援するため、緩和ケアや看取りに関する専門知識と経験を持つ者による実地指導等の取組みの充実が必要である。
- ⑧在宅緩和ケアに関する評価指標の検討
地域の関係者で在宅緩和ケアの現状や目標の共通認識が持てるよう、統一的な評価指標（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）を開発する必要がある。

7 (まとめ) 在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充のための提案

各地域に在宅緩和ケアコーディネーターを配置することは、施設緩和ケアと在宅緩和ケア、拠点病院等の治療病院と地域包括ケアの担い手（在宅医療・介護）をつなぎ、切れ目のない緩和ケアを提供できる有効な手段であることが分かった。

しかしながら、在宅緩和ケアコーディネーターを配置できた地域は 2 次医療圏域内の一部地域に限られている状況であり、今後は、今回の結果を踏まえ、県全域をカバーできる在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動の拡充が必要である。

具体的には、拠点病院配置型と地区医師会配置型の双方が補完し合いながらそのメリットを最大限に発揮できるよう、がん医療連携の中核である拠点病院と地区医師会等の在宅医療・ケアの担い手側の両方に在宅緩和ケアコーディネーターを配置し、コーディネーター同士が緊密に連携し、地域を視点に協働する体制を提案する。

モデル事業終了後は、拠点病院配置型では実施病院の主体事業として継続し、地区医師会配置型では、市町を主体とする地域包括ケアシム（介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業）の取組みに統合されていることから、基本的に 2 次保健医療圏域エリアは拠点病院が主体となり、市町エリアは地域包括ケアシステム構築を担う市町行政と地区医師会が連携して主体となり、在宅緩和ケアコーディネーターを配置する。

しかし、この 2 か所だけでは 2 次保健医療圏域外や県外医療機関で受療するがん患者への支援が行き届かないことや各地区に取組み格差が生じることが懸念されるため、県全体の促進役、あるいは、各圏域間をつなぐことができる全県を活動エリアにした在宅緩和ケアコーディネーターも配置する。

県全体を網羅でき、必要な患者・家族に緩和ケアが届くためには、この様に 3 層の配置が必要であると考えます。

ただし、当然のことながら、もともとその地域にあった連携体制や取組みを生かした、地域特性に応じた柔軟な体制づくりが重要である。

併せて、市町の地域包括ケアの仕組みに統合する場合は、これまでがん患者や家族にあまり対応する機会が少なかったことも考えられるため、がんの特性をふまえ理解をしたうえで対応できる人材の育成が必要であるし、拠点病院への配置については、地域や生活場面を理解したうえで地域包括ケアシステムと十分な連携が取れる人材の育成が必要である。図 3 の 3 層配置のコーディネーターの役割分担には、図 2 にある平成 25 年度の事業開始当初に定めた在宅緩和ケアコーディネーターに期待する役割に、モデル事業の結果を加味し、各層の在宅緩和ケアコーディネーターの役割分担を示した。今後は各層ごとの在宅緩和ケアコーディネーターの役割に対応した育成研修を提供することが求められる。

この体制づくりや人材育成を進めるためには、行政の関与と各地区医師会及び各種職能団体の協力が不可欠であるので、モデル事業の成果を県行政から市町行政へ、県医師会から各地区医師会へ情報提供し、県全体で各地区の取組みを支援する動きを期待する。そして更に、県全体の在宅医療・緩和ケアを統括するセンターを設置することが有効と考える。

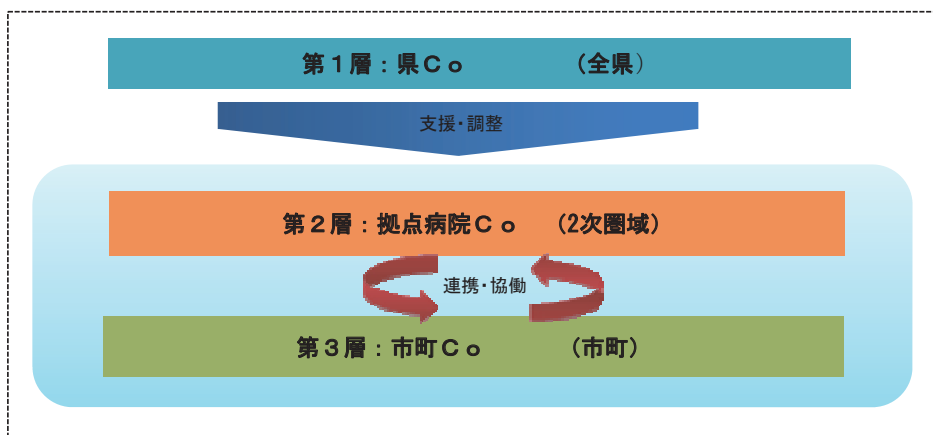
また、各層の在宅緩和ケアコーディネーターに共通する役割は、患者の思いを把握し、その思いをつなぐ療養体制づくりを行うことであり、ACP などによる患者の意思確認とその意思を時間と施設を超えてつないでいく地域の体制づくりを、各層の在宅緩和ケアコーディネーターの協働テーマとすることも提案したい。

(注)「ACP」とは、これから受ける医療やケアについて、あなたの考えを家族や医療者と話し合って「私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング（ACP）と呼んでいます。（広島県地域保健対策協議会 制作「豊かな人生とともに…私の心づもり～」より抜粋）

図3 3層配置のコーディネーターの役割分担

市町、拠点病院、県の3層にコーディネーターを配置し、全地域をカバーできるしくみへ拡充

階層	エリア	主体	実施施設	想定される職種	主な業務	
					体制構築機能	現場機能
第1層	県全域	県	(仮)統括センター	保健師 看護師(専門・認定等) 社会福祉士 等	- 県内各地域の活動支援 - 圏域間の調整 - 県内共通の資源マップの検討	県外施設等からの相談窓口
第2層	2次圏域	拠点病院	拠点病院	看護師(専門・認定等) 社会福祉士 等	- 圏域内の病院等が提供している緩和医療及びケアの現状把握と資源マップの管理 - 市町の在宅緩和ケアコーディネーターと協働したネットワーク会議の運営、事例検討会等の開催 - 地域在宅の課題の解決を図るための院内へのはたらきかけ - 圏域内の一般病院、診療所等で連携調整をする部門との有機的な連携	- 在宅医療と介護関係者への相談対応緩和ケア外来の充実等による専門的コンサルの実施とその調整(緩和ケア外来の活用等) - 患者及び家族への緩和ケアや相談窓口に関する周知 - 緊急時の受診と入院の調整 - 在宅移行支援
第3層	市町	市町	市町直営委託(医師会、地域包括等)	保健師 看護師(専門・認定等) 社会福祉士 介護支援専門員 等	- 在宅や介護施設等で提供されている緩和医療及びケアの現状把握と資源マップの管理 - 拠点病院の在宅緩和ケアコーディネーターと協働したネットワーク会議、事例検討会等の開催 - 地域での医療及び介護の多職種の情報交換の場の設定 - 住民への緩和ケアに関する啓発	- 地域での相談対応(住民に近い場所での相談窓口設置) - 在宅医療及び介護関係者と拠点病院等の間の連絡調整窓口 - 在宅医療・介護サービスの調整



8 おわりに

モデル事業の各実施施設では、地域の特性を踏まえ、関係者間で丁寧な議論を重ねながら事業を推進していただいた。その努力により、全県での体制整備をすすめるための基礎となる十分な成果を得ることができた。

この取組みが次期広島県がん対策推進計画に反映されるとともに、さらに各地域で発展し、確実に継続的な地域在宅緩和ケアの提供体制が構築され、希望する場所で全てのがん患者とその家族が適切な緩和ケアが受けられる目指す姿の実現を期待する。

最後に、この事業実施にあたりご協力いただいた皆様に深く感謝する。

【資料】

- 資料1 在宅緩和ケア推進事業の経過
- 資料2 各地区の活動の概要
- 資料3 地域在宅緩和ケア推進協議会 要項・委員名簿・開催状況
- 資料4 在宅緩和ケア推進モデル事業に関する確認表とその結果
- 資料5 モデル事業実施地区への意見聴取実施状況
- 資料6 在宅緩和ケアコーディネーター（広島がんネット掲載）
- 資料7 がんの在宅緩和ケアの特徴

「在宅緩和ケア推進事業」の経過

「在宅緩和ケア推進事業」の概要

地域在宅緩和ケア推進協議会（県設置）

- モデル地区での活動の検証と全県での制度設計
在宅緩和ケア推進協議会においてモデル地区での実践等から、在宅緩和ケアコーディネーター配置形態・役割などの仕組みづくりと全県への普及方策について検討
- 資源マップ共通モデル検討
- 地域連携クリティカルパスの検討 等

推進モデル事業（各実施施設）

- モデル地区での制度設計及び検証
- 在宅緩和ケアコーディネーター（以下、Co）配置・活動
- 資源マップ、地域連携クリティカルパスの検討 等

項 目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
広島県がん対策推進計画（H20～）	第2次計画策定 （H25.3）	第2次計画スタート ←				第2次計画最終年 第3次計画策定 →
地域在宅緩和ケア推進協議会（県設置）		協議会設置 2回開催（8/12、3/3）	2回開催（5/26、3/6）	委員の再編成 2回開催（8/7、3/4）	2回開催（7/29、2/9）	
地域在宅緩和ケア推進モデル事業	[広島西] JA広島総合病院 （国指定がん診療連携拠点病院）	実施	実施	継続	継続	継続
	[広島中央] 東広島地区医師会	実施	実施	継続	継続	継続
	[広島] 広島市立安佐市民病院 （国指定がん診療連携拠点病院）	実施	実施	実施	継続	継続
	[備北] 市立三次中央病院 （国指定がん診療連携拠点病院）	実施	実施	実施	継続	継続
	[福山・府中] 福山市医師会	実施	実施	実施	継続	継続
	[呉] 呉市医師会	実施	実施	実施	継続	継続
在宅緩和ケアコーディネーター研修・連絡会 事業報告書	[尾三] 三原市医師会	実施	実施	実施	実施	継続
		研修会（9/26）		連絡会3回 （7/14、10/16、1/19）	連絡会3回 （5/24、9/2、1/24）	最終報告書検討・作成

[]内は二次保健圏医療圏名

（関連事業等）

国がん対策基本計画（H19～）	【国】変更計画策定（H24.6）					【国】変更計画策定（H29.●）
がん診療連携拠点病院の指定（H18～）	国指定11病院（全7圏域） 県独自指定5病院	【国】整備指針の改定（H26.1） ・診断時から苦痛のスクリーニング ・緩和ケアチームの活動充実 ・病棟連携診療連携の協力体制 （2次圏域のマップ・リスト作成等、地域の緩和ケア体制の情報提供） ・県拠点に緩和ケアセンター整備 等	【県】県指定拠点病院指定要綱の改正（H27.4） ・県指定要件とほぼ同様の要件に改正			
地域包括ケアシステム構築に関する主な関連事業	【国】在宅医療連携拠点事業 【県】在宅医療推進医（コミュニケーションリーダー）の養成（2年間）	【県】在宅医療推進拠点整備事業（2年間）	【県】在宅医療人材育成基盤整備事業	【市町】介護保険事業「新たな地域支援事業 在宅医療・介護連携の推進等」開始（H30.4.1から完全実施）		

各地区の取組み概要

年度	H25・26			H26・27			H27・28	
	東広島地区医師会	JA広島総合病院	広島市立安佐市民病院	市立三次中央病院	福山市医師会	呉市医師会	三原市医師会	
在宅緩和ケアコーディネーター(人数)	訪問看護認定看護師(1)	社会福祉士(1) 緩和ケア認定看護師(1)	緩和ケア認定看護師(1)	緩和ケア認定看護師(1)	看護師(2) MSW(1)	看護師(1) MSW(2)	看護師(9) MSW(8)	
相談件数	H25.26 109件	H25 21件 H26 38件	H26 H27 242件(院外相談)	H26 H27 6件(在宅看取り調整)	H26 H27 19件(ローズネット)	H28.1～29.3 101件	H28.7～29.3 382件	
	H25 1回 H26 2回	H25 1回 H26 2回	H26 H27 4回	H26 H27 2回	H26 H27 2回	H27 2回 H28 2回	H27 4回 H28 3回	
	H25 事例検討会1回 H26 事例検討会1回	H25 実施なし H26 カンファレンス等2回	H26 H27 事例検討会2回 出前講座3回	H26 H27 事例検討会1回	H26 H27 9回	H27 実務者会議1回 H28 実務者会議3回	H27 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会4回、事例検討会1回、多職種研修会2回 H28 在宅緩和ケアコーディネーター養成研修会3回、事例検討会1回、多職種研修会2回	
	H25 H24に別事業で作成したマップの更新 H26 H25版の更新	H25 作成 H26 H25版の増刷	H26 資源マップ2種(市民配布用及び関係機関用)作成	H26 H27 活用状況調査とH26版の内容更新	H26 H27 別事業と共同で作成	H27 かかりつけ医マップに在宅医療情報を追加しHP上で公開 H28 在宅医療(緩和ケア)地域資源マップを作成し配布	H27 資源マップ送付先へのアンケート調査の実施 H28 在宅緩和ケア地域資源マップを作成(第2版)し配布	
地域連携パス等の検討	H26 がん在宅看取り事例の検証	H25・26 看取り連携パス、在宅移行パスの継続運用	H27 安佐医師会との協働による緩和ケア地域連携パスの運用開始	H27 地域連携パス(備北圏域版)、わたしのノート作成	H27 病院から在宅移行シート(ローズネットシート)作成と運用(80件)	H27 呉がんチーム医療研究会で作成した地域連携パスについて、内容、運用方法等検討中	H27 「三原市地域包括ケア連携シート」の評価と第2版の作成検討し、H28年4月第2版を作成(ICTシステムでも作成可能)	
その他(主なもの)	従事者研修会・市民講座 地域でのがんサロン 看取り事例調査	市民公開講座 訪問看護に関する現状把握(アンケート実施)	市民講演会 訪問看護ステーション実習	在宅緩和ケア講演会 居宅介護事業所・訪問看護ステーション訪問の聞き取り調査	在宅緩和ケア講演会 地域包括支援センターアンケート調査	市民講演会の開催 終末期医療や介護施設等における看取りに関する研修会	がんフォーラム、市民講演会の開催 緊急時バックアップシステム(安心サポート) 地域包括ケアシステムとの連携	

地域在宅緩和ケア推進協議会設置要領

(目的)

第1条 第2次広島県がん対策推進計画に掲げる「がんと診断された時から、希望する場所で、すべてのがん患者と家族が、適切な緩和ケアを受けられること」を実現するため、質の高い在宅緩和ケアを確実かつ円滑に提供する体制を整備するために必要な取り組み等の検討を行うため、地域在宅緩和ケア推進協議会（以下「推進協議会」と言う）を設置する。

(協議事項)

第2条 推進協議会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 各圏域の在宅緩和ケアの実態把握の方法と管理。
- (2) 在宅緩和ケアコーディネーターの具体的配置のあり方。
- (3) 地域在宅緩和ケアネットワーク会議の制度設計。
- (4) 地域の資源マップの共通モデル作成検討。
- (5) 在宅緩和ケアの推進に係る研修・研究に関すること。
- (6) 在宅緩和ケアの県民に対する周知・啓発に関すること。
- (7) 在宅緩和ケアにおける病院と在宅医療の相互連携、多職種連携、医療と介護の連携に関すること。
- (8) その他在宅緩和ケアの推進に関する必要事項。

(構成員)

第3条 この推進協議会は、関係機関を代表する者等で構成し、委員は県立広島病院長が選任する。

2 推進協議会に委員長を置き、広島県緩和ケア支援センター長をもって充てる。

(運営)

第4条 推進協議会は委員長が招集し、これを主宰する。

- 2 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、予め委員長が指名する委員がその職務を代行する。
- 3 委員長が必要と認めるときは、推進協議会に委員以外の者の出席を求め、意見を聞くことができる。
- 4 委員長は、協議事項について専門かつ効果的に検討が必要と認めるときは、数名の委員及び委員長が出席の必要を認める関係者によるワーキング会議を設置することができる。

(任期)

第5条 委員の任期は2年とする。ただし、補欠委員の任期については、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任を妨げない。

(事務局)

第6条 推進協議会の事務局は、広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室に置く。

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、推進協議会運営に関して必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要領は、平成25年5月22日から施行する。
- 2 この要領の施行後、最初に選任する委員の任期は、第5条第1条の規定にかかわらず、平成27年3月31日までとする。

附 則

- 1 この要領は、平成27年4月23日から施行する。

平成 25 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	有田 健一
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	まるやまホームクリニック	院長	丸山 典良
委員	広島在宅クリニック	院長	小西 太
委員	北広島町雄鹿原診療所	所長	東條 環樹
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島市南区医師会 佐々木内科クリニック	理事 院長	佐々木 達
委員	広島県薬剤師会	常務理事	青野 拓郎
委員	広島県訪問看護ステーション協議会	理事	名越 静香
委員	公立みつぎ総合病院 訪問看護ステーション「みつぎ」	所長	國西 栄子
委員	東広島地区医師会地域連携室 あざれあ	室長	杉本 由起子
委員	広島県厚生農業共同組合連合会 広島総合病院	医療ソーシャルワーカー	正畠 忠貴
委員	厚生連広島訪問看護ステーション	管理者	古本 直子
委員	NPO 法人広島県介護支援専門員協会	かもめ居宅介護支援事業所 管理者	久保田 秀樹
委員	広島赤十字・原爆病院総合 相談支援センター	係長 がん看護専門看護師	札埜 和美
委員	広島県地域包括ケア推進センター 企画運営小委員会委員	公立みつぎ総合病院 地域看護科長	山内 香織
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	武田 直也
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	藤原 薫

平成 26 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	津谷 隆史
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	まるやまホームクリニック	院長	丸山 典良
委員	広島在宅クリニック	院長	小西 太
委員	北広島町雄鹿原診療所	所長	東條 環樹
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島市立安佐市民病院	精神科主任部長	日笠 哲
委員	市立三次中央病院	緩和ケア内科医長	佐伯 俊成
委員	広島県薬剤師会	常務理事	青野 拓郎
委員	広島県訪問看護ステーション協議会	理事	名越 静香
委員	公立みつぎ総合病院 訪問看護ステーション「みつぎ」	所長	國西 栄子
委員	東広島地区医師会地域連携室 あざれあ	室長	杉本 由起子
委員	広島県厚生農業共同組合連合会 広島総合病院	医療ソーシャルワーカー	正畠 忠貴
委員	厚生連広島訪問看護ステーション	管理者	古本 直子
委員	NPO 法人広島県介護支援専門員協会	かもめ居宅介護支援事業所 管理者	久保田 秀樹
委員	広島赤十字・原爆病院総合 相談支援センター	係長 がん看護専門看護師	札埜 和美
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	金光 義雅
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

平成 27 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	津谷 隆史
委員	広島県薬剤師会	常任理事	青野 拓郎
委員	一般社団法人 広島県介護支援専門員協会	理事	久保田 秀樹
委員	広島大学病院	主任看護師長	家護谷 五月
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長 (兼)緩和ケア科統括科長	古口 契児
委員	広島県看護協会 訪問看護事業局訪問看護事業部	部長	佐久間 美保子
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	シムラ病院	医療ソーシャルワーカー	幣原 佐衣子
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	佐々木 真哉
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

平成 28 年度地域在宅緩和ケア推進協議会委員名簿

区分	所 属	職 名	氏 名
委員長	広島県緩和ケア支援センター	センター長	本家 好文
委員	広島県医師会	常任理事	小笠原 英敬
委員	広島県薬剤師会	副会長	青野 拓郎
委員	広島大学病院	主任看護師長	家護谷 五月
委員	福山市民病院	がん診療統括部次長	岡崎 正典
委員	安芸市民病院 緩和ケア病棟	看護師長	勝田 佳民
委員	一般社団法人 広島県介護支援専門員協会 かもめ居宅介護支援事業所	理事 管理者	久保田 秀樹
委員	広島県看護協会 訪問看護事業局 訪問看護事業部	部長	佐久間 美保子
委員	東広島地区医師会 高橋ホームクリニック	理事 院長	高橋 宏幸
委員	広島県地域包括ケア推進センター	主幹	石口 房子
委員	広島県健康福祉局がん対策課	課長	佐々木 真哉
委員	広島県緩和ケア支援センター 緩和ケア支援室	室長	亀井 典子

[事務局]

平成 25. 26 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	村井 真
	専門員	服多 美佐子
緩和ケア支援室	主任専門員	増田 百合香
	主任看護専門員	石橋 里美

平成 27 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	本岡 修
	主任	藤井 愛
緩和ケア支援室	主任看護専門員	櫻井 光子
	専門員	服多 美佐子

平成 28 年度

所 属	職 名	氏 名
健康福祉局 がん対策課	主幹	佐矢野 忍
	主任	藤井 愛
緩和ケア支援室	副看護師長	藤本 ゆかり
	事業調整員	服多 美佐子

「地域在宅緩和ケア推進協議会」会議開催状況

年度	期日	主な報告・協議内容
平成 25 年度	(第 1 回) H25. 8. 12	■第 2 次広島県がん対策推進計画(平成 25 年 3 月策定)について ■在宅緩和ケア推進業について ・事業内容説明 ・モデル事業実施施設の決定
	(第 2 回) H26. 3. 3	■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について ・モデル事業の取組報告 (2 地区) ・平成 26 年度からの新規モデル事業実施施設の決定
平成 26 年度	(第 1 回) H26. 5. 30	■地域包括ケアの取組み状況報告 ■地域在宅緩和ケアの推進について ・在宅緩和ケアコーディネーターの配置と活動のあり方 ・資源マップ共通モデル 等
	(第 2 回) H27. 3. 6	■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について ・モデル事業の取組報告 (5 地区) ・平成 27 年度からの新規モデル事業実施施設の決定
平成 27 年度	(第 1 回) H27. 8. 7	■在宅緩和ケア推進事業について ・コーディネーター連絡会の開始について ■地域包括ケアシステムの取組状況報告 ■中間報告書の作成について
	(第 2 回) H28. 3. 4	■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について ・モデル事業の取組報告 (3 地区) ■在宅緩和ケアの推進方策について ■中間報告書について
平成 28 年度	(第 1 回) H28. 7. 29	■在宅緩和ケア推進事業について ・コーディネーター連絡会について ・在宅緩和ケア推進モデル事業活動報告 ・在宅緩和ケア推進体制整備について ■地域包括ケアシステム構築の取組状況報告
	(第 2 回) H29. 2. 9	■地域在宅緩和ケア推進モデル事業について ・各モデル地区意見聴取の結果について ■在宅緩和ケアの推進方策について ・モデル事業の評価と今後の推進方策 ・最終報告書の内容について

在宅緩和ケアコーディネーター研修及び連絡会の実施内容

種別	期日	主な内容	備考
研修会	H26. 9. 26	◇講義「がんの在宅緩和ケアの特徴」 講師 緩和ケア支援センター長 本家好文 ◇意見交換 ・事例検討会の運営について 等	
連絡会	H27 年度	◇講義「在宅緩和ケアコーディネーターへの期待」 講師 緩和ケア支援センター長 本家好文	平成 27 年度から 連絡会に変更
		◇各地区からの取組報告と意見交換	
		◇2 年間の事業終了施設からの実施報告 ◇地域資源マップに関する意見交換	
	H28 年度	・平成 28 年度在宅緩和ケア推進事業について ・在宅緩和ケアの評価について ・各地区の活動状況及び情報交換	
		・在宅緩和ケアの現状と目標とする姿について ・施設緩和ケアと在宅緩和ケアの連携について	
		・各地区意見聴取の結果について ・地域緩和ケアの推進に向けて	

在宅緩和ケア推進事業に関する確認表の状況

《定性評価基準》
 5:よくできている、 4:できている
 3:まあまあできている
 2:あまりできていない、 1:できていない

29.3末

項 目			モデル事業終了 7施設総計	拠点病院配置型 (3施設)					地区医師会配置型 (4施設)							
				平均	平均	分布				平均	分布					
5	4	3	2												1	5
▲：3点未満 差：拠点病院配置型と地区医師会配置型が 1点以上の差																
(1) 専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と在宅ケアチームの相互連携、後方支援体制について ※対象地域の現状を記入																
	(1)ー①	・在宅ケアチームと専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)との連携体制がある。	3.3	3.3	1	2				3.3	2	1	1			
	(1)ー②	・症状が悪化した場合に、緩和ケア外来等における対応や緊急入院できる体制がある。	3.7	4	3					3.5	2	2				
	(1)ー③	・専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と在宅ケアチーム間の連携を円滑に行うための地域連携バス・連携シート等の取組がある。	3.3	3.7	2	1				3	2		2			
▲ 差：拠点>医	(1)ー④	・専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)が地域で活動する取組がある。(訪問診療、出張相談、退院時訪問等)	2	3	1	1	1			1.3					1	
	(1)ー⑤	・病院と地域在宅の各職種同士の連携をすすめる取り組みがある。 (事例検討会、合同研修会等)	3.7	4	1	1	1			3.5	2	2				
(2) 医療と介護の連携、多職種連携と適切な在宅サービス調整の実施について ※対象地域の現状を記入																
	(2)ー①	・退院前カンファレンスが医療・介護の多職種で実施できている。	3.3	3.7	2	1				3			4			
	(2)ー②	・地域の関係者が一堂に会する連携会議(地域ネットワーク会議等)がある。	3.7	3.7	1	1	1			3.8	1	1	1	1		
	(2)ー③	・多職種(医療・看護・介護・福祉等)が参加できる研修会や事例検討会が実施されている。	3.4	3.7	1	1	1			3.3	1	1		2		
▲ 差：拠点>医	(2)ー④	・介護支援専門員や介護員(居宅及び施設)を対象とした研修会、講座等の取組がある。	2.4	3	1	1	1			2		1		1		
▲	(2)ー⑤	・がん治療病院医師と介護支援専門員が必要時に適切に連絡がとれている。	2.3	2			3			2.5			2	2		
	(2)ー⑥	・地区医師会での在宅医療等に関する提供体制整備の取組を把握し、連携できている。	3.1	2.7		2	1			3.5	1		3			
	(2)ー⑦	・調剤薬局の麻薬対応状況を把握する取り組みがある。	3.3	3	1		2			3.5	1	1	1	1		
▲ 差：拠点<医	(2)ー⑧	・在宅での口腔ケアの実施状況を把握する取り組みがある。	2.7	2		1	1	1		3.3	1		2	1		
(3) 在宅緩和ケアCoの配置と活動について (注) 在宅緩和ケアCoとは、県が在宅緩和ケア推進事業で配置した者																
	(3)ー①	・在宅緩和ケアCo人数、職種、設置場所、配置年度														
	(3)ー②	・在宅緩和ケアCo相談件数(平成27年度)														
	(3)ー③	・在宅緩和ケアCoが関係施設・機関を横断的に活動できる。	3.1	3	1	1	1			3.3	1		2	1		
▲	(3)ー④	・在宅緩和ケアCoを育成する取組がある。	2.7	2.3		1	2			3	1		1	2		
	(3)ー⑤	・在宅緩和ケアCoが専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・緩和ケア病棟)と連携できている。	3.4	3.3	1		1	1		3.5	2	2				
(4) 在宅緩和ケア資源マップを整備と活用状況について (注) 在宅緩和ケア資源マップとは、県の在宅緩和ケア推進事業で整備したマップをいう																
差：拠点>医	(4)ー①	・各施設の対応可能な医療・ケアの内容を具体的に分かりやすく住民や関係者に情報提供できている。	3.4	4	1	1	1			3		1	2	1		
	(4)ー②	・資源マップの更新・管理体制が整っている。	3.7	3.3	1	1	1			3.8		3	1			
▲	(4)ー③	・各関係機関へのマップの普及と活用状況が把握できている。	2.9	3.3		1	2			2.5			2	2		
(5) 住民への緩和ケアに関する知識の普及について ※対象地域の現状を記入																
	(5)ー①	・市民講演会等住民への普及啓発の取組がある。	3.7	3.6	2	1				3.8		3	1			
(6) 意思決定支援の体制について ※対象地域の現状を記入																
▲	(6)ー①	・療養の場所を問わず、必要な患者への意思決定を支援する取組がある。	2.6	3	1	1	1			2.3			1	3		
(7) 家族・介護者のケアの提供体制について ※対象地域の現状を記入																
▲	(7)ー①	・家族(遺族)・介護者へのケアの取組がある。	2.6	3	1	1	1			2.3			2	1		
(8) 地域在宅でのボランティア活動について ※対象地域の現状を記入																
	(8)ー①	・在宅緩和ケアに関するボランティア組織がある。	あり:2 なし:5	あり:0 なし:3						あり:2 なし:2						
▲ 差：拠点<医	(8)ー②	・地域でのボランティア(在宅緩和ケアボランティア・民生委員等)の活動が把握できている。	1.7	1					3	2.3			2	1		
(9) 行政との連携体制について ※対象地域の現状を記入																
▲	(9)ー①	・在宅緩和ケアCoの活動等は、市町が行う地域包括ケアシステム構築と連動して取り組んでいる。	2.7	2.3		2	1			3	1	1		1		

【主な感想・意見】

- ・実務者間での評価は可能だが、市内全域の評価は困難である。
- ・各機関によって、実施内容や頻度は異なるので、地域としてまとめた評価は難しい。
- ・Coに業務が集中するので、同じ方向で協力できる人材育成が必要のようである。
- ・評価の根拠等基準がなく曖昧。
- ・病院と地域の関係者の間で評価内容によって結果がかい離する。
- ・病院がモデル事業実施していた場合、地域のスタッフには見えないところがあり答えにくかった。
- ・緩和ケアボランティアに対する対応力向上研修の有無などがあっても良いのではないかな。

※拠点病院: JA広島総合病院、安佐市民病院、市立三次中央病院、 医師会: 東広島地区医師会、福山市医師会、呉市医師会、三原市医師会
 ※呉市医師会と三原市医師会はH29.3、その他はH28.3に評価

在宅緩和ケアに関する意見聴取(28年10月実施)の結果

(2) 在宅緩和ケアに関する全体的なご意見(現状・課題と望まれる取組)

	診断前	診断期	治療期	治療終了期	療養場所の選択	療養・終末期	遺族ケア
現状・課題	診断前	○Coや地域の相談窓口などを、一般市民、医療・介護関係者、行政等の各種相談窓口のスタッフ等に十分周知できていない。					
	診断期	○告知時の同席や介入を希望しない主治医や自ら対応したい主治医もあり対応は様々 ○拠点病院では、退院調整へのマンパワーを手厚くしている反面、早期からの介入が難しくなっている。					
	治療期	○ACPIに関する住民の意識は高まっているも、治療側は治療終了後からの取組と考えている。 ○治療は、身体の疼痛緩和は理解できていても、トータルペイン・緩和ケア、療養場所選択までは対応できない現状 ○コミュニケーションが不得意な医師も多い ○早期からのPCT看護師の介入でスムーズに在宅緩和につながった事例を経験した ○外来のみの患者の場合、看護師の介入機会も少なく、十分な支援が届きにくい					
	治療終了期	○「もう治療がない」との主治医からの言葉に、患者は見捨てられ感を持つ。 ○治療病院での疼痛緩和ができていない状態で退院となる。 ○治療病院で十分な退院調整、療養場所選択への支援ができていない ○遠方の病院で治療される場合が半分～2/3くらいあるが、自宅療養で状態悪化した場合は、遠方の治療病院まで来院するよう指導されている。 ○治療病院が患者の地元バックアップ病院を持てるように調整してもらえると良い。					
	療養場所の選択	○県境や島しょ部、山間部など、在宅の医師等の医療資源が乏しく、在宅緩和ケアを提供できない地域がある。 ○患者には治療終了後も治療病院から離れたくない意識がある。 ○拠点病院で相談を受けると、できるだけ在宅で過ごし最後は病院を希望する人が殆どの状況がある。 ○在宅を進めても、家族構成の変化、社会の変化で介護力は低下は進んでいるので限界がある。 ○退院時カンファレンスの日程調整で1～2週が過ぎタイミングを逃すことがある。 ○訪問看護に紹介されるタイミングが遅く、患者との信頼関係が築けないまま最期を迎えることがある。 ○退院時カンファレンスがあっても、病医院医師の参加なく、在宅側からは不十分な内容に感じる。病院側が重要性を認識できていないのではない。 ○病院主治医から、在宅は無理でしょうと言われ断念されることがある。病院治療医と在宅スタッフで認識にずれがある。 ○主治医からの予告告知や病状説明が曖昧で、準備できないまま最期を迎えることがある。					
	療養・終末期	○開業医の疼痛緩和に対する知識・技術の不足⇒患者受入れ困難 ○開業医の在宅看取りへの負担は依然大きい。(夜間対応等) ○在宅の医療・介護従事者は、痛みへの対応や医療処置からがん看取りに消極的 ○在宅から1人では負担が大きいとの声は上がるも、サポートする体制整備が進んでいない。体制はあっても活用は少ない。 ○在宅医の場合も、病院同様、急性期、慢性期、看取りなど役割分担が進む方向 ○在宅の医療・介護従事者の、がん末期患者とのコミュニケーションへの不安 ○在宅が難しい場合、介護療養型医療施設を紹介する事例は多い。 ○県外や他の地域でがん治療された方が治療終了後に地元でどのように療養されているかの実態が把握できていない。 ○急性期病院でレスパイトの入院は難しい ○レスパイト的な入院に理解のある病院があり受け入れてもらっている ○状態悪化時の入院受け入れに困る状況は特にはない。 ○訪問看護ステーションの質(技術やコミュニケーション)にばらつきがある ○訪問看護費用が負担(3割負担の場合) ○介護保険の入所施設での看取りは、嘱託医の意識と関わり方によるところが大きい。 ○介護保険の入所施設での看取りは、最期は家族の意向で決まる。 ○高齢者の入居施設から救急搬送の例はある。嘱託医の対応が大きいと思うが、地区医師会等と状況を共有できていない。 ○施設看取りの実態は把握できていない。 ○在宅を始めると、思いがけず在宅での看取りへつながることがある。 ○その地域の医療・介護(意識・技術・体制)が、どこまで在宅を後押しできるかで、状況は異なる。 ○在宅の希望がどれくらいあり、患者が希望されるところで最期を迎えられているかのデータがない。 ○希望された人を1回は在宅へ帰すことが目標になると思う。(自宅に限らず安心して過ごせる場所) ○介護力不足と家族の不安(急変等)					
望まれる取組・要望	診断前	○緩和ケアに関する県民への啓発 ○死は自然なこと、看取る文化を広める啓発					
	治療期	○治療期からACP、療養場所選択の取組の意識向上 ○告知時から治療終了、療養場所選択まで一貫してかわれる体制(外来・入院とも) ○患者の相談や要望を聞く早期からの介入 ○治療病院医師等の意識変革					
	治療終了期	○県内拠点病院とバックアップ病院等が広域に連携が取れること、資源マップの広域での共有。					
	療養場所の選択	○高齢者の医療選択に関する相談にのれる相談者育成					
	療養・終末期	○がん緩和は特殊性はあるも、地域包括ケアの一領域として取り組んでいかないと広がらない。 ○地域包括支援センターもACP、在宅医療について勉強する ○栄養士もより在宅での活躍が期待できる。勉強の機会が欲しい。 ○拠点病院等の専門的緩和ケア従事者による、開業医・訪問看護等へのコンサル、退院時訪問 ○麻薬対応に敬遠しがちな開業医のサポート ○拠点病院等治療病院の患者紹介後のアフターケア ○在宅患者の病院での緊急時の入院受入れ ○市町行政とともにすすめる体制 ○地域に開かれた、地域で行うがんサロンは大切 ○病院医師と在宅医の情報共有の機会 ○拠点病院が圏域のその他の病院の緩和ケアの推進をサポートできるしくみ ○薬局の麻薬管理について、地域の中で在庫管理し相互融通できる体制の強化 ○医療は介護を、介護は医療を相互に勉強し合う。					

[がんを知る](#)
[がんの早期発見](#)
[病院を探す](#)
[がんと向き合う](#)
[広島県の取り組み](#)
[トップページ](#)
[がんと向き合う](#)
[緩和ケア](#)
[ひろしまの緩和ケア](#)
[在宅緩和ケアコーディネーター](#)

がんと向き合う 緩和ケア・がん相談

在宅緩和ケアコーディネーター

広島県では、第2次広島県がん対策推進計画に基づき、「在宅緩和ケアコーディネーター」の配置を進めています。平成25年度には、県内の次の地域で「在宅緩和ケアコーディネーター」が活動を開始しました。（今後、配置地域を順次拡大していきます。）

「在宅緩和ケアコーディネーター」は、自宅等での療養に必要な在宅医療、訪問看護、介護サービス等の相談と調整、関係機関との連携体制づくりを中心に、地域の特性に応じた様々な活動を行っています。

こんな時は、お気軽にご相談ください。（各施設へ直接連絡してください。）

- ① 1. 退院って言われるけど、不安だわ
- ② 2. 家に帰りたいけど、どうしたらいい?
- ③ 3. 家に帰ってあげたいけど、何から始めるの?
- ④ 4. 医師や看護師の言われることがよくわからない
- ⑤ 5. 在宅医療って何?
- ⑥ 6. 家で最期まで過ごせるの?



配置施設	所在地 連絡先、担当者	「在宅緩和ケアコーディネーター」からのメッセージ
厚生連広島総合病院 がん相談支援センター	廿日市市地御前1-3-3 (電話)0829-76-3111(代) (担当者)正島、吉本	痛みなど、つらい症状を緩和して安心して過ごせる在宅療養を一緒に考えましょう。 PDF:ご存知ですか?在宅緩和ケア(PDF:2025KB)
東広島地区医師会 「地域連携室 あざれあ」	東広島市西条町土与丸1113 (電話)082-493-7269	がんと向き合うご本人・ご家族を地域で支えます。 諦めないで、ご本人・ご家族の帰りたいを地域で支えます。
一般社団法人福山市医師会	福山市三吉町南2-11-25 福山市医師会館内 (電話)084-938-5100 電話相談は(火)(水)(金) 13:30～18:00 (FAX)084-959-5106	がんになっても、安心して自宅ですごせるよう、心をこめてお手伝いします。 PDF:在宅緩和ケア相談窓口「ローズネット」(PDF:1.65MB)
市立三次中央病院	三次市東通町331番地 (電話)0824-65-0101(代) (担当者)新谷	「なるべく長く家で過ごしたい」あるいは「最後の最期まで家で過ごしたい」と望まれる方、精一杯お手伝いさせていただきます。 院内・地域の関係者の皆様からの相談もお寄せください。
広島市立 安佐市民病院	広島市安佐北区可部南2-1-1 (電話)082-815-5553 (時間)9時～13時 (担当者)矢田	家で過ごすことを希望されている患者さんやご家族のご相談を受け、痛みや、こころのつらさを和らげながら、今後どのような療養生活を送りたいのか一緒に考えてまいります。
呉市医師会	呉市朝日町15-24 (電話)0822-25-4035 (時間)月曜日～金曜日 (年末・年始、祝日は除く) 8:30～17:00	在宅で療養されている、または、今後、在宅での療養を希望されているがん患者さまで、どこへ相談したらいいのかわからない方へ、相談先の病院についてご案内いたします。 PDF:在宅緩和ケア相談窓口のご案内(PDF:509KB)
三原市医師会	三原市東町1丁目7-1 三原赤十字病院 地域医療連携課 (電話)0848-61-3812 (FAX)0848-64-8421 (担当者)柳道	三原市では、「10・20・30年暮らし続けることのできる三原」を合言葉に保健・医療・福祉・行政の関係者が一体となってみなさんの暮らしを支えます。ご自宅での暮らしや療養、家族、経済的な事など市内各病院に配置された緩和ケアコーディネーターがご相談をお受けします。



PDF形式のファイルをご覧いただく場合には、Adobe社が提供するAdobe Readerが必要です。
Adobe Readerをお持ちでない方は、バナーのリンク先からダウンロードしてください。（無料）

[著作権・リンク等](#)
[ご意見・ご感想](#)
[掲載情報の募集・更新](#)
[ページの先頭へ](#)

がんの在宅緩和ケアの特徴

がんの在宅緩和ケアにおいては、がん及びがん患者の特性を十分踏まえた対応が必要であるため、最初に、がん患者及びがんの在宅療養の特徴について整理する。

① がん患者は高齢者に限らず、若年者・就労者等でもあること。

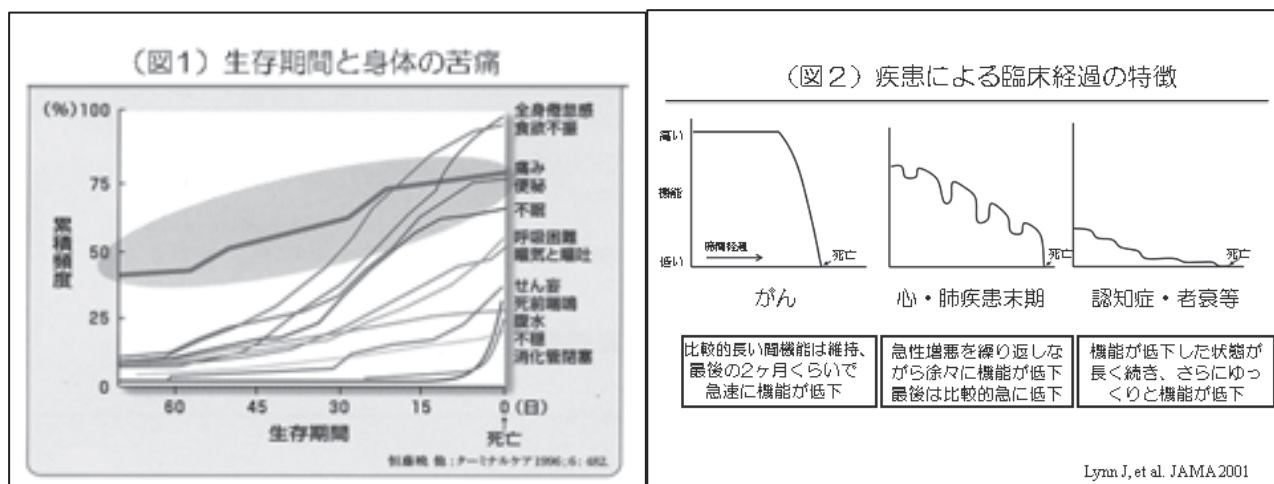
がん患者数は年々増加し、新たにがん罹患する患者数は、全国で85万人余りと推計され、年々増加している。そして、高齢化とともに認知症などを抱えたがん患者が増加していることも大きな問題となっている。

一方、15歳以上64歳以下の生産年齢のがん患者数も、全国で1年間に26万人以上と推計され、全体の30%を超えている。仕事をもちながらがん治療を受けている患者や介護保険対象外の比較的若いがん患者の在宅緩和ケアも今後の重要な課題である。(参照データ：地域がん登録全国推計2011年診断)

② がん患者の在宅療養は、症状コントロールや医療用麻薬の調整等、医療ニーズが高いこと。

がん患者の身体的苦痛の頻度の特徴として、病状が進行した状態でも、亡くなる数ヶ月前までは、痛み以外の苦痛症状は軽いことが多い。(図1)

そのため必要に応じて医療用麻薬等により痛みを緩和して自宅で療養することも可能な場合が多い。亡くなる2ヶ月前頃から急激に様々な苦痛症状が出現し(図2)、全身状態が急激に悪化してくるため、終末期には医療ニーズが高くなることに十分に対応する必要がある。



③ がんの進行の特徴から、タイムリーな対応が必要であること。

(退院可能な時期と在宅医療・介護の体制、再入院受け入れ等)

在宅緩和ケアを推進するうえで、地域が抱えている課題について(表1)最も大きな課題は、高齢化・核家族化、家族の介護力の低下である。また在宅緩和医療・ケアを担うかかりつけ医や、24時間対応可能な訪問看護ステーションが少ないことも課題である。さらに、患者や家族が不安に感じるのは、急に症状が悪化した場合等の対応である。地域の医療機関等の連携体制について、患者・家族が安心できるよう体制整備と情報を提供する必要がある。

解決のためには、表2「在宅緩和ケアの5か条」が重要と考えられ、具体的には表3～表9に示す細やかな対応が必要となる。(表2～9『在宅緩和ケアのための地域連携ガイド』2008年より引用、改編)

(表1) 在宅緩和ケアを進めるための地域の課題 ■ 高齢化（一人暮らし、夫婦二人暮らし） ■ 核家族化 ■ 共働き家庭が増加（昼間の介護力も低下） ■ 経済的問題（年金生活者の増加） ■ 病院依存が強い ■ 訪問診療を行うかかりつけ医が少ない ■ 24時間対応の訪問看護ステーションが少ない ■ 医療連携のための情報共有が不十分	(表2) 在宅で患者を診るための5カ条 1) 在宅療養の目的を共有する (退院前カンファレンスへの参加) 2) 24時間の緊急訪問を保証し 在宅にふさわしい医療を提供する 3) 医師だけでなく多職種のチームで関わる 4) 相談や入院がいつでもできる病院と連携する 5) 継続して患者・家族を支援する 引用文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）
(表3) 1) 在宅療養の目的を共有する ■ 病院から事前に患者情報を入手する □ これまでの診断・治療などの臨床経過 □ 現在行われている医療の内容や予後見通し □ 本人・家族への病状説明の内容 ■ 診療開始に先立つ家族との面談 □ 現状についての家族の理解と希望の確認 □ 患者本人の理解と希望の確認 □ 在宅での療養環境の確認 □ 治療やケアの方針についての共通認識 ■ 退院前カンファレンス（退院時共同指導） □ がんに対する治療方針を確認する □ 患者の病状理解や療養についての希望を確認する □ 在宅で継続可能な医療やケアに調整する 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）	(表4) 2) 24時間の緊急訪問を保証し、在宅にふさわしい医療を提供する ■ 24時間体制の安心を実感してもらうことができれば不安に陥る事態を回避できる ■ 診療が必要と判断した場合には、速やかに何う ■ 病院で可能な医療が在宅でも可能になってきた □ 在宅酸素療法 □ 末梢からの輸液、皮下輸液 □ 尿道カテーテル留置 □ 中心静脈栄養の管理 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）
(表5) 3) 医師だけでなく多職種のチームで関わる ■ 複数の医師、複数の訪問看護師が協働するチーム ■ 訪問看護師が生活を踏まえた医療やケアを提供する ■ 薬剤師が在宅に必要な薬剤を管理する ■ ケアマネージャーや介護福祉士・ヘルパーが 介護面（生活面）で患者や家族をサポートする 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）	(表6) 3)-1 多職種連携の考え方と実際 ■ 病院からの退院支援 ■ 病院との連携 ■ 診療所同士の連携 ■ 訪問看護ステーションとの連携（看看連携） ■ ケアマネージャーとの連携 ■ 調剤薬局との連携（薬業連携） 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）

(表7) 3)-2 多職種連携の考え方と実際 ■ 訪問看護ステーションとの連携（看看連携） □ 医師と看護師の役割分担を明確化 □ 介護保険と医療保険 □ 緊急訪問体制の確認 ■ ケアマネージャーとの連携 □ ケアプラン作成時の留意点の確認 □ グリーフケア 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）	(表8) 4) 相談や入院がいつでもできる病院と連携する ■ 入院が必要となった場合の病院との連携 □ 退院前カンファレンスの段階で調整する ■ 症状マネジメントが難しい局面での相談 □ 緩和ケア病棟や緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアと日頃から連携する 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）
(表9) 5) 継続して患者・家族を支援する ■ 症状変化にまつわる準備や対応 □ 在宅導入初期の症状マネジメントは丁寧に □ 病態変化や予後を予測して準備や心構えをする □ 初めてのコールには些細な内容であっても足を運ぶ □ 症状が変化した時には臨時訪問する ■ 患者家族とのパートナーシップ □ 24時間介護の負担について理解する □ 家族に負担軽減を図る □ レスパイト入院 □ 死別後のグリーフケアも重要 引用・参考文献：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド（2008）	