

# 1 日本海総合病院における取組

## 取組の特徴

- 患者と家族が治療や療養へ自然に向き合えるようなコミュニケーションを図った上で丁寧な診療や適切な入院治療など患者と家族の状態に応じた基本的なケアを実施。
- 地域連携室では、地域の医療介護ネットワークとの協力連携を進めながら、病院内で行っていた医療ケアが継続できる退院後の療養環境づくりを実現。
- リハビリによる食事や運動など患者の身体機能を維持・改善するケアやアピアランスケアを通じて治療と療養への前向きな気持ちを醸成。

## 1 酒田市及び日本海総合病院の概要

酒田市は、山形県の北西部に位置する人口約 11 万人の市である。高齢化率は 33.3%（平成 28 年 12 月末時点）と、住民の約 3 人に 1 人は 65 歳以上となっており、市内で最も高齢化率が高い黒森地区では 37.4%に達し、最も低い西荒瀬地区でも 25.7%となっている<sup>1</sup>。酒田市におけるがんの死亡率は、平成 24 年度以降、増加し多少の増減をしながらも、表 1-1 のとおり増加の傾向にある。

酒田市には 6 つの病院があり、そのうち地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構日本海総合病院（以下「日本海総合病院」という。）は、市内で最大の 646 床を有し、鶴岡市など近隣地域の急性期患者も受け入れている庄内医療圏<sup>2</sup>の中核病院である。

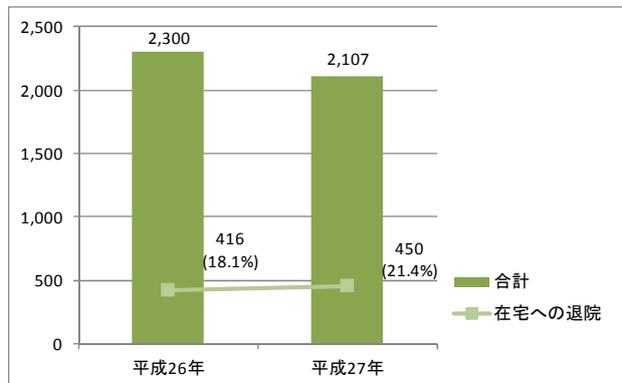
日本海総合病院は、平成 20 年に旧山形県立日本海病院と旧酒田市立酒田病院が経営統合し、開院した病院である。経営母体である山形県・酒田市病院機構は、山形県と酒田市の自治体直営から山形県と酒田市が地方独立行政法人を新

【表 1-1 酒田市のがんによる死亡率(人口10万対)】



出典:「保健福祉統計年報(平成22年～平成26年)」(山形県健康福祉部)よりアフターサービス推進室作成

【表 1-2 日本海総合病院 退院支援の推移(合計と在宅への退院)】



出典:「病院概要 平成28年度」(山形県・酒田市病院機構)よりアフターサービス推進室作成

1 「平成 22 年国勢調査 酒田市結果報告書(確報)」(酒田市総務部情報管理課)。

2 鶴岡市・酒田市・三川町・庄内町・遊佐町を圏内とする二次医療圏。

たに組織し、発足した全国的にも珍しい運営形態への移行により設立された。山形県・酒田市病院機構が運営する2つの病院のうち、日本海総合病院では主に急性期の患者を受け入れており、日本海総合病院酒田



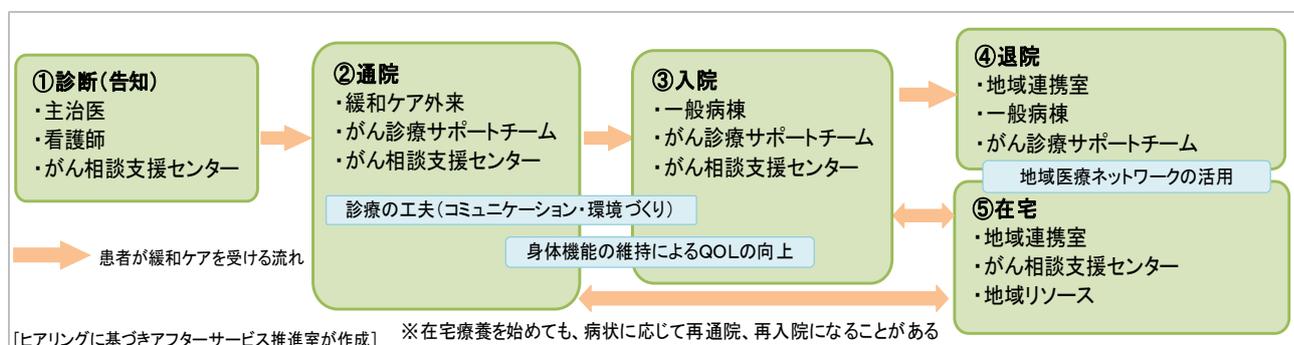
【日本海総合病院(山形県・酒田市病院機構HPより転載)】  
医療センターは回復期にある患者のリハビリテーションを担っている。

日本海総合病院で実施した退院支援のうち在宅に退院した患者の割合は、平成26年度の約18%から平成27年度の約21%へと増加傾向を見せている。また、日本海総合病院は、地域がん診療連携拠点病院<sup>3</sup>として指定されたことを始め、平成24年にPETセンターを開設し、がん細胞の診断に有効的な装置を導入するなど庄内地域におけるがん治療の高度先進医療を担っている。

### 〔日本海総合病院の緩和ケアにおける患者と家族の関わり〕

- ・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤在宅）に応じて異なる。患者の病状などの情報は、主に診療科の担当看護師又はがん診療サポートチームの看護師から、各部署と窓口の担当者に伝えられ、院内の関係部署で情報が共有されている。
- ・日本海総合病院のがん診療サポートチーム（日本海総合病院では緩和ケアチームのことを「がん診療サポートチーム」と呼んでいる。）は、一般病棟に入院している患者を支援対象としている。主治医と担当看護師からの依頼を受けてサポートチームの各職種が痛みへの対処やリハビリテーションを行っている。
- ・日本海総合病院の④退院と⑤在宅の支援としては、地域の開業医や福祉施設等との連携の下、地域連携室による患者の状態に応じた療養環境づくりがある。

【図 1-1 日本海総合病院の緩和ケア提供体制】



<sup>3</sup> がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

## 2 通院時の緩和ケア体制

### (1) 緩和ケア外来における診療の工夫

日本海総合病院の緩和ケア外来では、緩和ケアの担当医師が緩和ケア認定看護師とともに診療を行っている。同外来には、患者の病状に応じて患者の家族だけで受診することもできる。心と身体に痛みを抱える患者と家族は、苦しさや悩みから緊張した状態にあることも少なくないため、日本海総合病院では、患者と家族がリラックスした状態で診療が受けられるような配慮をしている。

【表 2-1 日本海総合病院 緩和ケア外来の基本情報】

診療曜日・時間	水曜:9時~12時	設立	平成20年
スタッフ	緩和ケア担当医師、緩和ケア認定看護師		

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成】

診察では、患者と家族に日常生活の様子や食事の量、疲れやすさなどの体面について具体的に尋ねることで、医師と看護師が患者と家族とともに、現在の生活でできていること、難しいことを把握し、治療と療養の方向性を患者や家族とともに考えていくことを重視しているという。診療の場自体が痛みを和らげる場所であることを目指すとともに、日常生活での睡眠や食事、体力などの具体的な事柄について患者と家族に思いを巡らせてもらうことで、今後の生活をどのように過ごし、どこで最期を迎えるかという療養生活の最終的なイメージへつなげられるよう配慮している。

そのような気遣いは、緩和ケア外来の診察室にも見ることができる。診察室は、ベッドとソファを併設し、患者が横になれるゆとりのある空間で、患者と家族が極力負担を感じない状態で診察が受けられるよう工夫されている。一般的に診察室は治療や療養環境など難しい判断を求められる場ともなることから、患者と家族の心理的な負担を少しでも軽減することができるよう配慮されている。



#### 緩和ケアの「5つの支援」

- 1 がんがわかったら…  
あなたのつらさに耳を傾けます
- 2 これからの治療を決めるとき…  
あなたに必要な情報を提供し、あなたとともに治療を考えます
- 3 つらさや痛みが強いとき…  
身体や心などの様々なつらさをやわらげます
- 4 つらさや痛みが続くとき…  
専門のスタッフが相談させていただきます
- 5 治療や療養の場は…  
ご希望に沿うように相談させていただきます



【左:緩和ケアの案内 右:案内の裏面 病院が提供できる緩和ケアを説明している】【診察室:25平方メートルほどの広さ】

## （２）通院時の状態を踏まえた在宅療養患者への往診

日本海総合病院では、患者が在宅療養となっても、緩和ケア外来に通院していた時の状態を踏まえて、患者と家族を継続的に支援している。

以下は、緩和ケア外来に通院していた患者が、在宅療養に移行した後も同外来へ通うとともに、緩和ケア医師の往診や訪問看護ステーションなど在宅療養のスタッフの支援を受けながら、希望したとおり自宅での生活を送ったという事例である。

### ＜事例1＞

Aさんは60代の女性で胃がんを発症し、日本海総合病院で手術と化学療法を受けたが、病状が進行してしまい、積極的治療はしないで経過観察という状態にあった。右鼠径部に痛みがあったので、担当診療科の外来でオピオイドの処方を開始した。Aさんと家族は、痛みへの対処とともにこれからの過ごし方についても悩んでおり、緩和ケア外来を受診した。

緩和ケア外来では始めに、Aさんと家族に治療や療養生活についての希望を尋ねた。Aさんは足と腹部の浮腫への対応で悩んでいたため、緩和ケア医師が処方を行い、緩和ケア認定看護師はAさんと家族にスキンケアの方法を伝えた。Aさんは強い倦怠感から風呂に入るのも億劫となっており、今後さらに衰弱していくことを不安に感じていたため、在宅医療を希望していた。緩和ケア外来での診療にはケアマネジャーも同席しており、検討の結果、訪問看護が利用できるよう介護申請の手続を進めることとなった。Aさんと家族は緩和ケア外来も継続したいと希望したことから、定期的に月1回通院することとした。

緩和ケア外来への初診から3週間後、Aさんは強い倦怠感から自宅で転倒し、腹痛で救急外来を受診することとなった。Aさんと家族は入院を希望せず、自宅で過ごしたいと緩和ケア医師に伝えたので、緩和ケア外来から鎮痛薬を処方し、入院はいつでもできることを伝えた上で、Aさんは自宅へ帰ることとなった。その後は数回に渡りAさんの家族が受診し、Aさんの症状や日常の様子について伝える際に、医師からも余命や入院について説明した。家族からはAさんの介護で悩んでいるという話もあり、緩和ケア認定看護師が傾聴し必要に応じて助言もした。緩和ケア医師は、訪問看護ステーションのスタッフの訪問に同行し、在宅医の手配などの在宅療養に必要な医療ケアについて家族の相談に対応した。数日後、在宅医が決定し、訪問診療が開始された。

緩和ケア外来の初診から1か月半後に亡くなるまで、家族が緩和ケア外来に通いながらAさんは在宅医の訪問診療を受け、自宅で過ごすことができた。

Aさん、家族の希望と緩和ケア外来の対応  
[Aさん] 足と腹部の浮腫を改善したい  
⇒<緩和ケア外来>診療  
\* 投薬 \* スキンケアの方法  
[Aさん] 痛みを取りながら自宅で過ごしたい  
⇒<緩和ケア外来>  
\* 投薬 \* 往診  
[家族] 診療でAさんの病状や日常の様子を伝え、介護の悩みを話す  
⇒<緩和ケア外来>  
\* 在宅療養への対応、介助への助言

この事例では、在宅療養に移行した後も患者と家族が緩和ケア外来に継続的に通い、患者の病状が進行するにつれて生じる患者や家族の心配や不安に対して病状をよく知る医師と看護師が的確な対応を行った。身体の苦痛に対する薬剤の処方だけではなく、余命についての説明を基にした再入院の時期を伝えるとともに、在宅療養について詳しい情報が掲載されているパンフレット「これからの過ごし方について」<sup>4</sup>を用いて起こり得る症状や介護している家族の対処法が説明された。在宅療養を担当する訪問看護ステーションと患者の状態に関する情報を共有しながら、患者と家族の療養生活全般をフォローしたことが、在宅療養を全うできた要因となっているものと考えられる。

緩和ケア外来では患者が受診予定日に体調が悪化するなどの場合には家族のみが受診し、これらの相談を通じて自宅での余命や看取り、又は介護の負担などに悩む家族を支える役割も担っている。



【在宅療養に関するリーフレット「これからの過ごし方について」: 亡くなる1週間前頃からの様子、苦しさへの対処などを解説している】

### 3 入院時のケア

#### (1) がん診療サポートチーム

日本海総合病院の緩和ケアチームは、「がん診療サポートチーム」(以下「サポートチーム」という。)の名称で医療ケアを行っている。平成26年に名称を変更するまで、他のがん緩和ケアを行っている病院と同様に、緩和ケアチームの名称で活動していたが、一般的には緩和ケア＝がん終末期というイメージが強く、受診への心理的なハードルもあったことから、サポートチームに変更したとのことである。サポートチームは、一般病棟に入院している患者を対象として医療ケアを行っている。緩和ケアを行う入院患者については、毎週月、水、

<sup>4</sup> 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」通称OPTIM(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)において作成されたパンフレット。(http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf)

金曜日にサポートチームでカンファレンスと回診を行い、医師や看護師、薬剤師など専門職のそれぞれの立場から患者の症状に適切な医療ケアをしている。

サポートチームの身体症状の緩和を担当する医師は、主に疼痛管理と軽度の精神症状への対処を行っており、精神症状の緩和を担当する医師は、がんに伴うせん妄やうつ、適応障害など精神療法の専門的な対処が必要な症状に対応している。緩和ケア認定看護師は常に患者の診察に立ち会い、医師から患者へ伝えられる治療内容に関する専門的な知識や療養の方針などについて、患者や家族が理解していることを確認しながら、納得して治療を受けられる、あるいは療養できるようサポートしている。また、患者や家族の希望に沿えるように病棟のスタッフとも密に情報を共有し、連携を図っている。

**【表 3-1 日本海総合病院 がん診療サポートチームへの依頼件数とチームの構成】**

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	77	59	67	71	71
スタッフ	身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、緩和ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士				

〔日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成〕

以下の事例は、病状が悪化し、希死念慮の状態も見られた患者と患者を支えてきた家族の精神的苦痛が強いと判断した主治医から、サポートチームが支援に加わった事例である。

### <事例2>

Bさんは80代の男性で、肺がんと糖尿病、慢性の肺疾患を患っていたところ自宅で倒れ日本海総合病院に救急搬送された。「腹を切って死にたい」、「もう楽にして欲しい」といった言葉を口にしたことから、サポートチームで身体症状の緩和を担当する医師が面談することとなった。Bさんは、肋骨の痛みや痰が上手に出ないので苦しいといった身体的な苦痛について語る一方で、以前ナイフを体にあてがったことを話したり、唐突に昔話を始めるなど、会話の辻褄が合わない様子であった。サポートチームの医師から主治医へ脳の検査を依頼するとともに、別途同チームの精神科医師によるBさんの診察を行って抗不安薬を処方し、さらに入院による精神療法も行うことになった。妻は数日前までBさんが自宅で落ち着いた姿だったのを見ていたので、その突然の変化に驚いているようだった。

入院から2日後に精神科医師が診察したところ、夜間眠れるようになっていた。また入院前は体調が苦しいあまり最期は自分で決めた方がいいと思っていたが、今はそのような気持ちはないこと、関東地方に住む子どもの元へ転居すること

Bさん、家族の希望と各部署の対応  
 [Bさん]身体的な苦痛等による希死念慮  
 ⇒<サポートチーム>精神科医師の診察  
 \*投薬 \*入院による精神療法  
 ⇒<主治医>脳の検査を依頼  
 [家族]Bさんの状態が変化したことによる強い不安  
 ⇒<サポートチーム>  
 \*認定看護師の面談

も考えていることなどをBさんは語った。主治医とともにサポートチームが継続的に関わる方針が確認され、Bさんは入院から4日後に退院した。

入院による環境の変化は、患者の状態を改善させる要因ともなり得る。家族がいる患者の多くは、「家族に迷惑をかけたくない」、「自分がない方が楽だろう」との思いから、落込みが激しくなる傾向があるという。家族にとっても患者である家族の自殺念慮を伴う言葉や行為は、非常に苦痛が感じられることから、患者の入院が、家族にとっても精神的・物理的なケアとなる場合も少なくない。

## (2) 専門職による患者の機能・能力を伸ばす工夫

サポートチームでは、薬剤師、管理栄養士、理学療法士といった専門職がそれぞれ患者に残された機能を維持・回復させようとする医療ケアを提供している。サポートチームのカンファレンス回診（月・水・金曜実施）には、上記の専門職も参加し、入院中の患者の状態に合わせた様々なケアを行い、患者が退院後も可能な限り日常生活を維持することができるようにサポートしている。

### <薬剤師>

薬剤師は、患者の病状に照らし、現在処方されている薬剤の副作用や心身の機能への影響が生じないか判断をするとともに、患者や家族にオピオイドなど疼痛緩和のために使用する薬剤について不明点や良いイメージがないといった不安がある場合は、病室に赴いて丁寧に説明することとしているという。

### <管理栄養士>

管理栄養士は、患者から食欲が湧かない、食べづらいなどの食事に関する悩みがあった場合に対応を行っており、病院食のメニューづくりにおける工夫などに取り組んでいる。日本海総合病院では、食べることへのきっかけづくりとして、通常の病院食では提供が難しいカレーライスやラーメン、お茶漬けなどの軽食から、食べてみたいメニューを昼食か夕食に選んでもらう「あんべみで<sup>5)</sup>」という取組を行っている。主治医に確認してからの提供となるが、自分で食べたいものを自分で選び、一口でも口にすることが、たとえわずかでも心身の状態の改善につながり、「これなら食べられるかもしれない」という気持ちは、快方へのエネルギーを呼び起こすものとして患者から好評を得ている。



【「あんべみで」おしながき 特にラーメンが人気】

<sup>5)</sup> 酒田地域のことばで「味見する」の意味。

## ＜理学療法士＞

理学療法士は、患者に残された身体機能を最大限に活かすことを目的として、様々なリハビリを行っている。がんの患者の多くは、病状の進行に伴いできないことが増えていくが、例えば、ベッドの上だけでも可動できる身体機能を伸ばすことなどで「まだできることがある」という患者、家族に生じた思いは、生きる希望へとつながっていく。また、患者の介助で使用するリクライニングベッドや車椅子、杖などの器具の使い方を家族に指導することが、患者に対してまだやれることがあるという気持ちを家族にもたらしきっかけにもなっている。

機能訓練では、病棟の患者への訪問を定期的に行うことが重要なのだという。同じ曜日や時間に訪問し、習慣的に声かけを続けるうち、今週は難しくても来週なら、という気持ちに患者が向かうなど「やってみようか」という意識を芽吹かせることがある。患者と家族の思いに配慮しながら、症状の進行や身体機能の状態によって気持ちも変化し得ることを重視して、負担とならないように注意しながらサポートすることを心がけている。

## 4 退院支援を行う部署における患者と家族を支援する工夫

### (1) 地域連携室の成り立ちにおける退院手続をスムーズに行う工夫

日本海総合病院には緩和ケア病棟がないことから、専ら緩和ケアを受ける患者は、退院後に自宅や施設で過ごすこととなる。このため、同病院では地域の介護施設等との協力体制を緊密にしているとのことである。

日本海総合病院で患者の退院支援を行う「医療福祉相談室・地域連携室」（以下「地域連携室」という。）は、事務部医事課・看護部に所属している。地域連携室の業務については、看護師が担う役割が大きく、当該室（当初は「医療調整部門」）が発足したのは、平成12年に介護保険制度が開始され、ケアマネジャー資格を持つ看護師を配置したことが転換点となっているという。

その看護師は、介護と医療の双方の実情や立場を含め、退院支援を行う際に必要な情報について熟知していた。このため、地域の在宅医や訪問看護ステーションとの協力体制も築きやすかった。

【表 4-1 日本海総合病院 地域連携室の基本情報】

名称	医療福祉相談室・地域連携室	設立	平成15年
スタッフ	社会福祉士4人、ソーシャルワーカー1人、看護師7人		

〔日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成〕

また、地域連携室から地域の介護施設等へ研修会の実施を働きかけたことも効果的な取組であった。一般的に病院と地域の介護施設の職員は、互いの業務について知る機会が少ないので、退院支援を進める上で難しさを感じることもあるという。在宅療養における疼痛管理の方法などの勉強会を通じて、地域の介護施設のケアマネジャーなどの職員と日本海総合病院の看護師の交流が進んだ結果、退院支援がスムーズに行われるようになってきた。

#### 地域連携室 現体制までの経緯

- 平成11年 ・旧酒田市立酒田病院(以下「旧酒田病院」)医療調整部門が配置される
- 平成12年 \* 介護保険制度開始
  - ・旧酒田病院でケアマネジャー資格を持つ看護師が配置される
  - ・訪問看護ステーションスワン開業【退院支援で連携を開始する】
- 平成20年 ・日本海総合病院開業

(アフターサービス推進室作成)

## (2) 自宅への退院支援事例

緩和ケアを継続しながら退院後、自宅で療養する患者の多くは、入院中と同様の医療的なケアを自宅でも受ける必要がある。このため、地域連携室の看護師は、患者と家族に具体的なケアの方法や医療機器の使い方も指導している。

次の事例は、患者は家族の介護が難しいという気持ちから在宅療養をためらっていたところ、地域連携室から具体的な在宅療養の姿について説明され、輸液管理等について家族の協力が得られることとなったので退院が実現したものである。

### <事例3>

Cさんは60代の女性で、がんに対して化学療法を行うため日本海総合病院に入院していたが、がん性腹膜炎と腸閉塞を併発したため、化学療法を継続することが困難になってしまった。主治医から緩和ケアについて説明を受けたが、Cさん自身は家族の負担が増えてしまうので退院は難しいと思い、入院の継続を希望していた。一方、家族はCさんに残された時間が約1～2か月であると主治医から伝えられていたので、Cさんを退院させ、可能であれば自宅で介護したいと希望していた。しかし、Cさんは食事を取ることも難しい状態で、家族も介護の具体的なイメージが湧かず、不安を抱えていた。

地域連携室の看護師から、Cさんと家族に介護サービスの内容や訪問診療と訪問看護の利用など在宅療養全般について説明し、入院中に受けていた高カロリー輸液の管理も自宅で行うことができることも伝えた。その結果、Cさんの家族が管理方法を習得した上で、Cさんを退院させ自宅で療養する方針となった。

地域連携室や訪問看護ステーション

#### Cさん、家族の希望と地域連携室の対応

[Cさん] 家族の負担が増えてしまうので入院を継続したい  
[家族] 自宅で介助したいが、不安もある

⇒ <地域連携室> 在宅療養について説明する

\* 介護サービス、訪問診療の内容

\* 看護師から家族に医療機器の管理法を伝える

など在宅療養に関わる施設のスタッフで行う退院前カンファレンスにCさんと家族も参加し、自宅での過ごし方を具体的に検討した。退院日までほぼ毎日、Cさんの夫は高カロリー輸液の交換法やトラブルの対応法について地域連携室の看護師から指導を受け、Cさんは予定日に退院することができた。

この事例では、患者は家族の負担を慮り自宅への退院をためらっていたが、家族が自宅での医療ケアに習熟したことで、退院を心待ちにするようになったという。高カロリー輸液の管理法は、地域連携室の看護師が主に指導し、その休日には病棟の看護師が当たったという。さらに看護師から「同じことでも遠慮せず何度でも質問して欲しい」と家族に伝え、何でも相談できる関係をつかった。

退院後の在宅療養は患者にとっても不安であるが、患者を迎える家族にとっても医療的なケアや介助を行えるかなど心配は尽きない。この事例では、ケアを行う家族が自信を持って医療機器を使えるようになることで患者、家族とも安心感を持って迎えることができた。

## 5 酒田地区における在宅医療体制の推進

### (1) 訪問看護ステーション「スワン」との連携

日本海総合病院の患者のうち、緩和ケアに関する患者の退院に当たっては訪問看護ステーション「スワン」と協力しながら進められるケースが多い。スワンは介護保険制度が開始した平成12年に酒田地区医師会十全堂が開設し、以来、酒田地区の在宅医療を推進してきた。スタッフは、所長を含め9人全員が正規職員である（平成28年10月時点）。職員は病院病棟や地域のクリニック、介護施設など様々な機関の経験者からなり、経験を活かして他機関と円滑に連携しているとのことである。病院を退院した患者の最も近くで医療ケアを行う訪問看護の役割を大切にしているスワンは、医療・介護の分野にとどまらず効率的な連携の方法や介護に関する研修等にも積極的に参加し、在宅医療を担う専門職としての質の向上に努めているという。

居宅サービスの要であるケアマネジャーとの顔の見える良好な関係を構築するために、介護サービス機関のスタッフが集まる担当者会議には必ず出席し、文書等による情報交換も密に行っている。医師に対しては訪問診療に同行し療養者や家族の生

#### <訪問看護ステーション スワン>日本海総合病院との連携フロー

- ① 在宅療養を希望する患者がいる旨の連絡を受ける
- ② 日本海総合病院で患者・家族と面談する
- ③ 病棟の看護師などスタッフと患者の情報を共有する  
(入院前に別の医療機関にかかる、あるいは介護事業所のサービスを利用していれば、患者に関する情報を問い合わせる)
- ④ 日本海総合病院で行われる退院前カンファレンスに参加する  
(他の医療機関、介護事業所との調整、必要な物品の調整等を行う)
- ⑤ 退院日に立ち会う

[アフターサービス推進室作成]

活上の情報を伝え課題を一緒に考えるなど、医療と介護の橋渡しになるように心がけ、地域の医師の参入を積極的に働きかけている。在宅医療に消極的だった医師が訪問看護を知ることで訪問診療などに関わるようになるなど、次第に協力的になることがあるという。

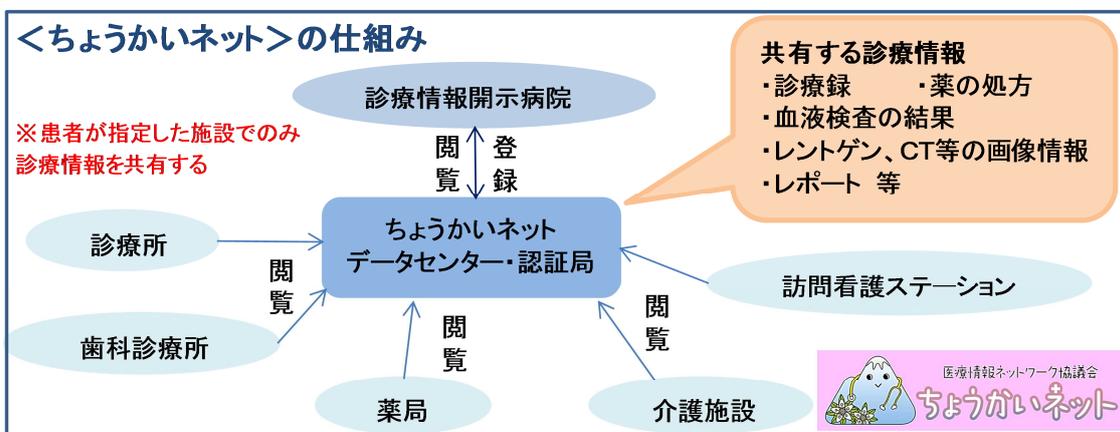


【左：訪問距離の制限を設けておらず、依頼があればすぐに向かう 右：全員が正規職員】

## （２）医療情報ネットワーク「ちょうかいネット」の活用

日本海総合病院から退院する患者に当たっては、地域連携室の看護師が患者の病状、住居などの療養環境、入院前の状況などを総合的に検討し、連携を図っている地域の開業医や訪問看護ステーションの医療ケアを受けることができるように調整している。その際、患者に関する病状や医療ケアなどの情報が閲覧できる「医療情報ネットワークちょうかいネット」<sup>6</sup>（以下「ちょうかいネット」という。）は、大変効果的なツールとなる。

ちょうかいネットは、酒田市と近隣地域の病院や医師会（平成 28 年 11 月時点）が患者に関する診療情報等を登録し、患者が指定した医療機関や介護施設（平成 28 年 8 月時点で酒田市の近隣市町を含む約 150 の医療機関や介護施設）でのみ患者の情報を閲覧できるシステムである。ちょうかいネットへの情報提供について患者が同意することで、複数の医療機関から同じような検査や薬の



【医療情報ネットワーク協議会 ちょうかいネット資料よりアフターサービス推進室作成】

<sup>6</sup> 酒田地区医療情報ネットワーク協議会と鶴岡地区医療情報ネットワーク協議会が運営。

処方となされることを予防できるので、複数の医療機関が関わることの多い在宅療養では、その有用性が高い。

### （3）地域内の在宅医療体制を利用して自宅へ退院した事例

前述のように、日本海総合病院を退院した患者は自宅や福祉施設で医療ケアを受けるため、地域内の開業医や介護サービス事業所等と連携協力しながら退院支援を行う。地域連携室では、患者と家族が病状によっては残された貴重な時間をどこでどのように過ごしたいと思っているのかという想いを尊重して、関係する機関や施設と協力して在宅療養できるよう支援している。

次の事例は、重病の小児患者が退院し自宅で療養するに当たって、ちょうかいネットを活用しながら関係者が環境づくりを進め、患者と家族の希望を可能な限り実現できたものである。

#### <事例4>

Dさんは4歳の女兒で、悪性の脳腫瘍を患っており、数か月前に大学病院で手術を受け、日本海総合病院には経過観察のため数回目となる入院をしていた。Dさんに残された時間が多くないとして、両親が家族で過ごしたいという希望を表明したことを受けて、退院することとなった。Dさんの両親は、日本海総合病院と自宅が近隣であり通院をするので訪問診療は必要ないが、入浴介助がある訪問看護はサービスを受けることを考えているとのことだった。このため、地域連携室からスワンに連絡し、Dさんに関する簡易な経過報告をした。スワンは同日中にDさんの自宅に訪問することから、地域連携室から主治医に訪問看護指示書の作成を依頼した。

地域連携室からDさんの両親にちょうかいネットについて説明し、Dさんの医療情報の共有についての同意を得た。すぐにスワンの訪問看護師がDさんの自宅を訪問し、ちょうかいネットを通じて得た医療情報を基に入浴介助や経管栄養剤の交換、痰吸引、Dさんの母親の相談や問い合わせに随時対応することが決まった。

Dさんは退院した後も肺炎を患って再入院したが、スワンの支援を受けながら外泊を実施し、退院後は在宅療養を続けた。担当診療科の外来に通院した際にも、Dさんの家族はやはり次の通院まで自宅で過ごさせたいと希望したことから、主治医の指示を踏まえ地域連携室とスワンで処方薬の切り替えや医療機器の手配などを行った。

在宅療養の開始から3週間後、Dさんは呼吸の状態が悪化して日本海総合病院に緊急受診し、数時間後に亡くなるまで自宅で過ごすことができた。

Dさん、家族と各部署・施設の対応

[Dさん、家族]訪問看護で入浴介助を依頼したい

⇒<地域連携室>家族に医療情報共有の同意書を依頼

\* 訪問看護STと情報を共有

⇒<訪問看護ST>

\* Dさん宅を訪問し、サービス支援内容を決定

[Dさん、家族]できるだけ自宅で過ごしたい

⇒<地域連携室、訪問看護ST>主治医の指示に基づいた支援

\* 処方薬の切り替え \* 医療機器の手配

この事例では、病状が末期にある患者と家族が残された時間を自宅で過ごしたいとの気持ちを実現するため、地域連携室や訪問看護ステーションが医療ネットワークを用いて支援対象となる在宅療養の実施を支援した流れを紹介した。地域連携室とスワンは、ちょうかいネットや電話などを用いて患者の状態について常に情報を共有し、実際のケア時間に応じた訪問看護指示書の修正や院外処方から院内処方への変更などについて機動的に対応している。

入院していた小児患者が自宅で療養していくためには、病院内で行われていた医療処置の一部については家族が自宅で行う必要が生じる場合がある。家族にとって処置や対応で間違いがあってはならないという重圧と、子どもを病気という辛い状態にしてしまったというような罪悪感をともに抱いていることも多いという。紹介した事例では、患者の家族は、子どもに自宅でできる限りのケアをしたいという気持ちを持ちながらも、残された時間が少ないことに悩んでいた。訪問看護を担当したスワンの看護師は小児看護の経験<sup>7</sup>を持っていたこともあって家族にとっての精神的な支えとなる依頼も受けていた。小児患者が病院で亡くなった後、地域連携室からの連絡を受けて、スワンでは家族へのグリーフケア<sup>8</sup>も行っている。

日本海総合病院を含む酒田地区では、どこで亡くなるか、という看取られる場所ではなく、それまでをどのように過ごしたいかという患者と家族の希望に叶う生活が送れるようにするため、患者と家族の残された時間が最大限に充実したものとなるケアを実践している。



### どのくらいの費用がかかる？

在宅療養って結局どのくらいの費用がかかる？  
誰でも心配なお金のことについて、いくつかの事例をもとに説明します。

介護保険からサービスを受けたときは、原則としてかかった費用の1～2割を負担します(※無条件ではありません)。ただし、上限額を超えてサービスを利用する場合は、超過分は金額自己負担となります。

<要介護度と介護保険の月利用限度額> 平成28年3月現在

状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険の月利用限度額	50,030円	104,730円	166,920円	196,160円	269,310円	308,060円	350,650円

**事例① A男さん(要介護1)の介護保険**

介護保険サービスを利用し、1日1回の条件で介護士1名の訪問入浴、介護用の電動ベッド・ベッド柵をレンタル利用した場合

ヘルパー(身体介護60分) 3,880円 × 31回(1日1回)	120,280円
訪問入浴1回	12,340円 × 4回(週1回)
介護用ベッド貸与	7,500円
特殊寝台付属品(柵、マットレスなど) 貸与	9,000円
介護サービス合計	186,140円
自己負担額(1割負担の場合)	18,614円

※ 要介護度により、むらに介護保険の給付を受けることができず限度額が異なります。限度額を超えたと、超過分は自己負担となります。

**生命保険や医療保険の契約を確認しましょう。**

任意の民間保険(保険会社や共済組合などの生命保険や医療保険など)に加入している方は多いと思いますが、医療保険やがん保険、特定(3次)疾病保障保険など、それぞれの給付によって保障内容が大きく異なります。

- ・治療中から支払いを受けられるような特約・給付金・保険金はありますか？
- ・保障期間・条件などはどうなっていますか？

もう一度、契約内容を確認してみましょう。

- 掲載事例**  
A男さん(要介護2)の介護保険  
[介護保険サービスを利用した場合]
- ・身体介護(1日1回)・訪問入浴(週1回)
  - ・介護用の電動ベッド・ベッド柵(レンタル)
- ヘルパー(身体介護60分)3,880円 × 31回(1日1回)・・・120,280円
  - 訪問入浴1回 12,340円 × 4回(週1回)・・・49,360円
  - 介護用ベッド貸与・・・7,500円
  - 特殊寝台付属品(柵、マットレスなど)貸与・・・9,000円
- 介護サービス合計 186,140円**  
**自己負担額(1割負担の場合)18,614円**

【在宅療養で受けられるサービスや手続きの案内、地域で往診・訪問を行う機関のリストが掲載されている。個人負担の事例】

<sup>7</sup> スワンには小児看護の経験を持つ看護師や保健師が在職している。

<sup>8</sup> 家族や友人など親しい人を亡くし深い悲しみ(grief)にある人に寄り添い、悲しみを乗り越えていくことを支援するケア。

## 6 がん相談支援センターにおける来所者を増加させる工夫

日本海総合病院のがん相談支援センター<sup>9</sup>（以下「支援センター」という。）は、「医療・福祉センター」の一角にあり、病院の入口を入ってすぐ、右手にあるオレンジ色の壁が目印となっている。明るい色で区切られたコーナーは、平成28年3月に竣工した1階フロアの大改装を機に2階から移転した。一目で支援センターと分かる色合いに加え、病院の入口からの導線上となる場所に配置し、何気なく立ち寄ってもらえるような雰囲気づくりに努めた。院内でのアピール力が増加し、来所者も増加したとのことである。



【写真右が総合入口、左が会計カウンターの導線上に窓口を設置した】

支援センターの相談員は、社会福祉士や社会福祉主事、看護師を始めとする多職種で構成されている。緩和ケアに関する相談では、退院後の在宅療養に関するものが多いという。支援センターでは在宅療養と外来の通院への不安に対しては、在宅療養に必要と思われる介護サービス等を紹介するなど、具体的なイメージを持てるような情報提供をしている。

【表 6-1 日本海総合病院 がん相談支援センターの基本情報】

名称	がん相談支援センター	窓口部署	医療・福祉センター(医療福祉相談室・地域連携室)			
スタッフ	社会福祉士4人、ソーシャルワーカー1人、看護師8人					
資格内容等	がん相談員基礎研修Ⅲ修了者(認定がん専門相談員含む)、福祉住環境コーディネーター2級取得者、介護支援専門員、医療メディエーター基礎研修終了者					
相談件数	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	
	935	818	1,204	963	1,041	
地域(他の医療機関等)の患者・家族・一般の方からの相談	861	701	1,005	830	934	

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成】

## 7 患者と家族の療養生活のケア（がんサロン・患者会・アピアランス）

がん相談支援センターでは、各種のがんサロンが開催されている。その一つである患者サロンでは、がん患者と家族は食事に関する関心が高いことから、実食を踏まえた栄養士によるレクチャーも行われている。

また患者会は3つの団体が独自に活動している。咽頭がんの患者が集う山彦会では、院内の耳鼻咽喉科・頭頸部外科の案内で手術前の患者も参加して、術

<sup>9</sup> がんの治療、療養、がん全般に関わることについて患者と家族からの相談を受け、情報を提供する相談窓口。がん診療連携拠点病院を中心に設置されている。相談料は無料。

後の生活について体験を交えた話を語ってもらうピアサポートも行われている。

がんの治療に伴い外見が変化する悩みに対応するアピアランスケアにも力を入れており、ウィッグなどを実際に手に取ることができる相談会を開催しているほか、相談室内にはケア帽子を置き、気軽に試着できるようにしている。院内で化学療法を受ける予定の患者は、事前に化学療法室を見学することとなっている。そこで化学療法後に約2週間で髪が抜け始める副作用について説明をする際には、相談室やウィッグについても案内をしているので、見学後には相談室に立ち寄る患者が多い。

【表 7-1 日本海総合病院で開催されるがんサロン】

	名称	内容	対象	頻度
がん サロン	患者サロン	がんに関するミニレクチャーと患者・家族の交流の場	患者・家族、院内/院外	年2回
	補正下着相談会	乳がん手術後の補正下着の相談会	乳がん患者・家族、院内/院外	月1回
	ウィッグ相談会	化学療法による副作用・脱毛に関する相談、肌や爪のケア、ウィッグ・ケア帽子の紹介	患者・家族、院内/院外	月3回
	ウィッグ・補正下着 合同相談会	化学療法による副作用・脱毛に関する相談、肌や爪のケア、ウィッグ・ケア帽子の紹介、乳がん手術後の補正下着に関する相談	患者・家族、院内/院外	年2回
患者会	すずらんの会	乳がん術後の患者と家族を対象とした交流の場	患者・家族、院内/院外	月1回
	山彦会	咽頭摘出後の患者を対象とした発声練習と交流の場	咽頭がん患者、院内/院外	週1回
	庄内オストメイト家族会	大腸がん、膀胱がんの術後のオストメイトと家族を対象とした交流の場	患者・家族、院内/院外	年2回
学習会	がん患者 家族まなびあい	患者と家族を対象とした勉強会	患者・家族、院内/院外	年2回

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室が作成】



【左:相談室の様子 右:化学療法実施の時期に合わせてウィッグを注文する患者が多い】

## 8 日本海総合病院の取組に関するまとめ

日本海総合病院の緩和ケア外来では、患者と家族がリラックスしながら治療と療養の希望や悩みを話すことができる雰囲気づくりを重視しており、患者と家族にとって療養を含めた生活のイメージが具体的となるような診療の際には、生活の様子も丁寧に確認している。サポートチームの医師と看護師、各専門職は患者のQOLを落とさないよう食事や運動など日常生活を送るための身体的な機能を維持・改善していくために患者に「まだできること」を増やす

アプローチをとっている。

病院内での医療ケアについては、退院し在宅療養へ移行した後も地域の医療介護ネットワークと綿密に情報を共有していくことで継続が図られ、自宅でも患者と家族の希望に沿った生活を送ることが可能となっている。日本海総合病院で緩和ケアを受けた患者と家族にとって、医療的なケアや介助を踏まえた生活が無理なく自然なものとして受けとめられるよう、地域全体で患者と家族を支える取組となっている。