

第13回 愛知クリニカルパス研究会プログラム

期 日：2008年5月31日（土） 13:00～17:00

会 場：名古屋大学医学部附属病院 中央診療棟3F講堂

当番世話人：名古屋大学医学部附属病院 吉田 茂

《 開会の辞 》 13:00～13:05

《 一般演題：セッションI 》 13:05～13:45 【各演題：発表7分 質疑応答3分】

座長：社会保険中京病院 看護局次長 山田 絹代

① 当院での鼠径ヘルニア手術のクリティカルパスの使用経験

名古屋第一赤十字病院 中央手術室看護師 板津 由希子

② 手術室クリニカルパスの作成と活用 — その成果と今後の課題 —

名古屋第二赤十字病院 手術室看護係長 永田 真理

③ HPNクリニカルパスの作成

愛知がんセンター中央病院 看護部 高野 真由美

④ 禁煙支援における地域医療連携システム構築

名古屋医療センター 看護部 谷口 千枝

《 一般演題：セッションII 》 13:45～14:25 【各演題：発表7分 質疑応答3分】

座長：名古屋第二赤十字病院 医療情報部長 岸 真司

⑤ 地域連携クリティカルパスの導入と運用 ～大腿骨頸部・転子部骨折についての取組～

名古屋記念病院 看護部 加藤 早能

⑥ 当院における大腿骨頸部骨折地域連携パス・リハビリテーション部門の取組み
—急性期リハビリテーションからの視点—

大同病院 リハビリテーション科 江崎 弘徳

⑦ 地域連携パス作成の取組み —委員会活動を通して—

トヨタ記念病院 地域連携室 前 千登世

《 休憩 》 14:25～14:30

◀ 特別講演 ▶ 14:30~15:30

外来がん化学療法 of 地域連携について

名古屋大学医学部附属病院 外来化学療法部長 安藤 雄一

◀ 休憩 ▶ 15:30~15:35

◀ パネルディスカッション ▶ 15:35~16:55

コーディネーター：名古屋大学医学部附属病院 医療経営管理部 吉田 茂

コメンテーター：名古屋大学医学部附属病院 外来化学療法部長 安藤 雄一

◆テーマ：がん診療の地域連携の実現に向けて 【発表10分】

- ① 愛知県がんセンター中央病院における病診連携システムの現状と地域連携パスへの展望

愛知県がんセンター中央病院 呼吸器内科 医長 清水 淳市

- ② 千種区医師会「在宅医紹介システム」概要

イノコシ外科内科リハビリテーション室（千種区医師会地域医療委員）佐野 真

- ③ 訪問看護ステーションの現状と課題

（社）愛知県看護協会立訪問看護ステーション「たかつじ」 所長 眞下 美枝子

- ④ がん診療の地域連携実現に向けて一退院支援より一

名古屋大学医学部附属病院 看護師長 池戸 初枝

- ⑤ 総合討論 【40分】

◀ 閉会の辞 ▶ 16:55~17:00

当院での鼠径ヘルニア手術のクリティカルパスの使用経験

名古屋第一赤十字病院

看護部中央手術室 一般外科*

○板津由希子 柳あさみ 大鐘隆宏 竹内英司* 宮田完志*

研究要旨 当院では、成人の鼠径ヘルニア根治術を年間約170件施行している。看護記録はすべて手書きで行ってきたが、H21年1月からの電子カルテ導入をきっかけとし、手術の安全性を高めるため、局所麻酔下鼠径ヘルニア手術のクリティカルパス（以下、パスとする）を作成した。今回、バリエーションの検討を行いパスの有用性を評価した。

1、研究目的

バリエーションの発生頻度と内容を検討し、現在使用しているパスが有用であるかを評価するとともに、今後の課題について検討する。

2、研究方法

H19年1月4日～H20年3月31日に行った鼠径ヘルニア手術208件のうちパスを使用した165件について、バリエーションの検討を行う。（43件は、脊椎麻酔下で手術したためパス使用の対象としていない）

3、研究結果

165件のうちバリエーションが生じたのは、23件であった。バリエーションの内訳は、患者の状態変化（血圧の変動・吐気・胸痛・ポピドノード消毒部の発赤）が8件、局所麻酔薬を通常以上に使用した症例が7件、鼠径ヘルニア手術とともに脂肪腫切除などの別の手術を行った症例が3件、その他が5件であった。その他は、点滴確保時にネームバンドを切離した症例が3件、プロリンヘルニアメッシュ（PHS）のサイズが合わずPHSを追加で使用した症例が1件、患者に右半身麻痺があり術中体位を変更した症例が1件であった。

4、考察

バリエーションには、二つの概念、すなわち「変動」と「逸脱」が含まれているが、今回発生したバリエーションをこの二つに分類すると以下のようになる。

変動：患者の状態変化（8件）、局所麻酔薬を通常以上に使用した（7件）、鼠径ヘルニア手術とともに別の手術を行った（3件）

逸脱： なし

どちらにも当てはまらない：その他（5件）

また、本パスは Gate Way 方式を採用しているため、アウトカムを達成しないことがバリエーションとなるが、その視点から分析するとバリエーションは無かった。

以上の結果より、全症例に予定手術が施行され、逸脱はなかった。

5、結論

今後は、看護師にパスの再教育を行い、バリエーションの定義の確認を行うことにより、バリエーションを減少させることが可能であると考えられた。今回の研究結果において、パスを逸脱した症例は無かったことから、このパスは有用であり、安全に手術が行われていると評価した。

演題名：手術室クリニカルパスの作成と活用
—その成果と今後の課題—

医療機関名：名古屋第二赤十字病院
所属・役職：中央手術室
氏 名：永田 真理 早川 志保
神出 美保子 阿比留 まどか
小瀬 裕美子

研究要旨 当院の術中看護記録は、経時記録を使用していた。しかし、1.現状の記録では、手術室看護が見えない 2.看護師のレベルにより、記録内容が様々である 3.新人は記録に時間がかかり、間接介助業務が滞る 4.周手術期看護に必要な情報が記録されているのか疑問である 5.手術麻酔記録と重複している等の問題点があった。そこで、2006年より、病棟と連携した眼科白内障手術室クリニカルパスを活用開始し、2008年2月から、12科 42種類の手術室クリニカルパスを作成、活用している。活用開始前後での看護師の意識や業務の変化等についてアンケートをとり、検証した。

1. 目的

- (1) 看護が見える記録
- (2) 全ての手術室看護師が同じレベルで看護ができる
- (3) 記録時間を短縮できる
- (4) バリエーションが発生した時に、経時的に記録ができる
- (5) 病棟と連携できる

以上の内容を取り入れた手術室クリニカルパス作成に取り組み、導入した。

2. 方法

術式別手術室クリニカルパス（以下手術室パス）作成にあたり、どの術式の手術室パスを作成するのかを検討した。

まず、①各科で症例数の多い術式②入れ替え手術の多い術式③術中、間接介助者が記録を記入する余裕のない術式④バリエーションが少ない術式を選択した。手術室パスは、術前・入室・麻酔導入～手術開始・術中・手術終了～麻酔終了・退室までの6期に分けた。

作成した手術室パスは、2月から導入し、4月までに整形外科131件、移植・内分泌科、腎臓内科126件、産婦人科126件、一般外科114件、泌尿器科49件、脳外科46件、耳鼻科45件心臓血管外科42件、呼吸器外科34件、小児外科33件、形成外科26件に使用した。これは、この

期間の手術件数1555件に対して手術室パスの使用は784件で、利用率は約50%となった。

そして、手術室パス導入から約3ヶ月経過したところで、手術室看護師にパスの活用と成果についてアンケートをとった。

3. 結果・考察

手術室看護師30人（有効回答数30人）のアンケート結果は、記録時間は手術室パスの方が短い；100% 看護に費やす時間が増えた；87% 看護の漏れが少なくなった；63% 記録内容が標準化された；90% 手術室パスを導入して良かった・まあ良かった；100% 看護の質が向上した；50%という結果だった。この結果から、手術室パス導入から3ヵ月のため、看護の質が向上したと感じるスタッフは半数に留まっている。しかしこれは、手術室パスに慣れ、看護に費やす時間がさらに増えれば、解決できるのではないかと考える。

4. 今後の課題

今後は、①短期入院を対象とした病棟と連携した手術室パスの増数、②術前の情報から看護診断を抽出でき、術後訪問により術中の看護が評価できる一連の手術室パスの作成を検討していきたい。

演題抄録

演題名 HPN クリティカルパスの作成

愛知県がんセンター中央病院

看護部

駒野星子 梶原洋美 ○高野真由美

研究要旨

患者が HPN を施行するにあたり、短期間でこの技術を習得し、自宅での生活ができるだけ長く過ごせるように、医療者が統一した関わりができる HPN クリティカルパスを作成した。試行した結果、ほぼクリティカルパスに沿った指導ができた。しかし、入院期間としては個々の身体状況があり、入院期間に差が生じた。

1. 研究目的

HPN クリティカルパス作成

2. 研究方法

(1) 研究期間：2008年4月1日～5月上旬

(2) 対象：HPN クリティカルパスを使用した医療関係者

(3) データ収集方法：対象者からの聞き取り調査

3. 研究結果

HPN クリティカルパス作成したことで統一した指導ができた。患者は在宅へスムーズに移行でき、ほぼ一週間で退院可能となった。しかし個々の病状に違いがあり、入院期間には差が生じた。

4. 考察

このクリティカルパスは対象者が少なく、内容を評価するには時期早尚といえる。今後もこのクリティカルパスを使用しながら

検討していき、更に改良していきたい。当院はがん拠点病院としての役割を担っており、地域連携は必須である。しかし、まだ病診連携が不十分なことや、麻薬や高カロリー輸液を扱っていない地域の病院もあり、病院探しに時間を要しているため、地域連携まで結びついていかない。退院した患者がそれぞれの地域で、個々のニーズにあった質の高い医療を受けることができるよう、チームとしての医療が発展していくことが必要であると考えます。HPN クリティカルパスの作成はその一つであり、今後も患者のために医療チーム全体での評価や見直しが必要である。

5. 結論

この HPN クリティカルパス作成が効果的な在宅医療に結びついていく第一歩となった。

演題名：名古屋市における禁煙支援地域連携システムの構築

医療機関名 国立病院機構 名古屋医療センター
所属・役職 外来 2 階 禁煙外来専任看護師
氏名 谷口 千枝

研究要旨

2008 年 3 月、ニコチンパッチの薬局における対面販売（以下 OTC と略す）が承認され、今後自ら禁煙を試みる喫煙者にとってより禁煙しやすい環境となった。しかし、ニコチンパッチ使用の際の適切な禁煙介入が、禁煙率を上昇させることは周知の事実であり、OTC 販売とともに禁煙介入を実施する必要がある。地域での禁煙支援実施施設は、病院、診療所、保健所、歯科、薬局がある。現時点では個々の施設での介入に留まり、一人の患者の禁煙経過をお互いに把握することが困難である。そこで、本研究では名古屋市内の禁煙支援実施施設でネットワークを作り、主として OTC 薬と保健治療を用いた禁煙を効率的に推進することで、地域での禁煙成功者の増加を目指す。

1. 研究目的

名古屋市での禁煙支援実施施設でネットワークを作り、禁煙サポートを効率的に実施することで、地域での禁煙成功者の増加を目指す。

- 1) OTC 薬利用人口の増加
- 2) OTC 薬利用貫遂率の増加
- 3) OTC 薬による禁煙成功率の増加
- 4) 保険診療受診人口の増加
- 5) 保険診療による禁煙成功率の増加

2. 研究方法（愛知県禁煙支援ネットワーク作り）

名古屋市内の禁煙支援実施施設でネットワークを作り、3 ヶ月に 1 回程度の会合を持つ。病院、診療所、保健所、市役所、薬局、歯科を各施設の特徴に合った禁煙介入別に役割分担を行う。全ての施設が薬局に服薬指導をお願いし、薬局を中心に連携を持つ。薬局との連携のために OTC 手帳、クリニカルパスを導入する。

喫煙者の禁煙支援と、患者に合った禁煙支援実施施設の紹介を行う。

3. 研究結果

現在、病院・診療所・愛知県薬剤師会・保健所・名古屋市役所・歯科でネットワークを作成し、計画実行中である。

4. 考察・今後期待される効果

各施設が連携し、お互いの特徴ある禁煙介入を活かすことで、OTC での禁煙成功者の増加と禁煙治療での禁煙成功者の増加が予測される。そのことから地域での禁煙率の増加が期待される。

地域連携クリティカルパスの導入と運用

～大腿骨頸部・転子部骨折についての取り組み～

名古屋記念病院

看護部 主任

加藤早能

要旨

地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）は、急性期病院から回復期施設への連携医療のツールとして注目を集めている。連携パスを運用するに当たっては、患者・家族の不安を軽減すること、連携医療機関の理解を得ることが重要となる。当院では 2007 年 1 月より大腿骨頸部・転子部骨折連携パスの運用を開始した。連携医療機関との会議を含め、現在までの流れと、今後の課題について報告する。

1.目的

連携パスを使用することにより、しっかりとした連携体制を作り上げる。また連携医療機関との会議を行うことにより、連携パスの様式や運用の改善を行う。そして医療者だけでなく、患者・家族に連携医療について理解を得る。

2.方法

連携パス会議から得られた意見をもとに連携パスの様式や運用について改善を行う。2007 年度に使用した連携パスを見直す。

3.結果

2007 年度大腿骨頸部・転子部骨折の手術件数は 115 件であった。そのうち連携パス対象件数は 51 件であった。手術後の平均入院日数は 20.92 日であった。

（2006 年 1～6 月の平均入院日数は 30.78 日）

3 回の連携パス会議を開催し、連携医療

機関は 9 施設となった。会議の参加者は医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、連携担当スタッフと多職種であった。

連携パスは会議からの意見を受けて 2 回の様式改訂を行った。

4.考察

連携医療機関の意見を取り入れ、連携パスの様式改訂を行うことにより、転院後の患者の受け入れ体制が整い、入院生活のスタートがよりスムーズになったと考える。連携パスは医療機関の機能分担について患者・家族の理解を得て活用することができれば、連携機能の強化、在院日数の短縮化などに有効である。

5.結論

連携パス会議を行い「お互いの顔の見える連携」を継続していくことで、医療の質の向上につなげていくことができる。

【研究要旨】

大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパス（以下、連携パス）において、急性期リハビリテーション部門（以下、リハ部門）に求められるのは、対象患者の詳細なリハビリテーションの情報提供であって、それが院内チーム医療としての情報の共有化、連携先病院への情報の提供につながる考え、連携パス作成段階からのリハ部門の関わりと取り組みをここに報告する。

【目的】

リハ部門として、連携パスを円滑に運用するには、対象患者の情報の共有化と連携先病院への情報の提供が必須と考えた。リハ部門でもその一躍を担うため、チーム医療の一員として取り組みをパスに盛り込んだ。

【方法】

連携パス作成段階からリハ部門として関わり、パスのチェック項目内容に新たに①リハビリ進行状況の記入、②定期的なADL評価、③病棟担当作業療法士（以下、OT）の設置を盛り込んだ。

【結果と考察】

連携パスで、急性期リハビリテーション部門が担う役割として重要とされるのは、より詳細な情報の提供であると考えた。それは、院内のチーム医療としての情報の共有化につながり、また連携先病院への情報提供にもつながる。

リハビリ進行状況をパスへ直接記載することで、3つの効果が得られた。①患者情報が共有化され、チーム医療の充実が図れた。②連携先病院への情報提供が円滑に行うことができた。③統計処理が簡単に算出できるようになった。

しているADL（FIM）を定期的に評

価したことにより、院内DRや病棟Nrsの患者情報の共有化となり、また、連携先病院への情報提供となった。

病棟担当OTの配置により、早期からの病棟ADL訓練を実施したことで患者のADL状況を病棟Nrsと共有できた。

【結論】

今回の連携パスへのリハ部門の取り組みは、①リハビリ進行状況の記入、②定期的なADL評価、③病棟担当OTの設置であり、情報の共有化と連携先病院への情報提供に有用であった。

課題として、当院ではクリニカルパスの電子化がすすみつつある。今後、電子パスに同じようにシステムが採用できるよう努めていきたい。

地域連携パス作成の取組み ～委員会活動を通して～

トヨタ記念病院
地域医療連携室 看護主任
前千登世

今回、地域連携パスを推進するために看護師の委員会活動を中心に他職種、他施設を巻き込んで組織的に展開する事にした。看護室内パス委員会にグループを作り、その中で地域連携パスの作成手順、共通フォーマットを検討し作成に取り組んだ。その結果、7疾患の地域連携パスが完成し、更に3疾患のがん連携パスの作成に取り組んでいる。また、地域連携パスプロジェクトが結成されるきっかけとなり、院内支援体制が整った。地域連携パスを推進する中で服薬指導の標準化や、継続看護の可視化など、新たな地域連携の課題を認知する事ができた。

【はじめに】近年、医療の標準化がもとめられるようになり、「地域連携パス」が注目されている。当院のクリニカルパスの取組みは、クリニカルパス分科会が中心となり推進してきた。平成19年度からは看護室パス委員会も立ち上がりクリニカルパスの質向上と、教育等に取り組んでいる。その結果、院内クリニカルパスの適応率は50%を超え定着しつつある。しかし、地域連携パスはその適応期間が長く、地域医療機関を巻き込まなくてはならないため作成に着手しにくく、院内の作成支援体制も整っていないなど、なかなか進まないのが現状であった。そこで今回、地域連携パスを推進するために看護師の委員会活動を中心に他職種、他施設を巻き込んで組織的に展開する事にした。

【目的】院内への地域連携パスの啓発、教育、作成推進

【方法】①看護室内パス委員会の中に、「地域連携パス」のグループを作った。②地域連携パスグループのリーダーが各科診療部長とヒアリングを行い、作成疾患の選定をした③看護室パス委員会のメンバーのグルーピングは、作成疾患に関連する病棟、外来、地域連携室の看護師で構成した。④委員会活動のなかで、地域連携パスの目的、利点、作成手順を確認した。また共通フォーマット、作成ツールの検討を行い、作成ルールと手順を共有化した。⑤作成疾患に関連する病棟の年間活動目標に『地域連携パス作成』を掲げ看護スタッフの啓発を図った。その後⑥作成疾患ごとに薬剤師、リハビリスタッフなどの他職種にも参加を要請し、新たにワーキンググループを立上げ具体的作成に取り組んだ。⑦ワーキンググループで作成した地域連携パスの素案を元に、実際に地域連携パスを運用する他施設と意見交換を実施し、修正、運用の検討を行なった。

【結果】以上の取組みより、7疾患（喘息、前立腺癌、C-PAP、C型肝炎、脂肪肝、逆流性食道炎、乳がん）のパスが完成し現在運用の確認を行なっている。また現在3疾患のがんの連携パスを作成中である。今回、看護室クリニカルパス委員会の取組みで、地域連携パスの作成支援、審査、管理の支援体制整備が必要な事が明らかになり、地域連携パスプロジェクトが結成されるきっかけとなり支援体制が整った。また、看護室パス委員会で検討した項目を盛り込み地域連携パス作成マニュアルが作られた。

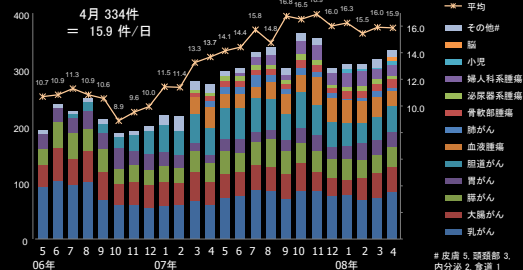
【まとめ】地域連携パスは、地域でチーム医療を進めるためのツールであり、限られた職種のみで作成するのではなく、疾患に関わるさまざまな職種で議論を繰り返し作成することが望ましいと考える。また、地域連携パスを推進する中で服薬指導の標準化や、継続看護の可視化など、新たな地域連携の課題を認知する事ができた。そして院内患者教育マニュアルの見直しの機会ともなった。今年度は、作成した地域連携パスの適応率向上に向けて取り組んでいきたい。

外来化学療法の地域連携について

名古屋大学医学部附属病院
化学療法部
安藤雄一



名大病院外来化学療法室 300-350 件/月 (16 件/日)



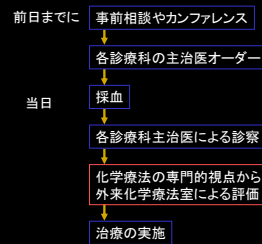
外来化学療法室のエッセンス

- 手順書 SOP
- 認証プロトコル
- 抗がん剤調剤
- 外来化学療法記録
- 緩和ケア



名古屋大学医学部附属病院 外来化学療法室

名大病院における 外来化学療法の流れ



名大病院外来化学療法室

外来化学療法室の体制

	名大病院	陶生病院	癌研有明	埼玉医大
ベッド	20	8	60	40
医師	専任 6人	当番医	当番(常駐) 1-2人	点滴当番
看護師	専従4人 病棟兼1人	5人 常に2 名以上	専従18人	7-8人
薬剤師	6人 調剤は2-3人	1人	サテライトなし	3人
安全 キャビ	2人用1台	中央調剤	中央に2人用4台	2台
月間件 数	360 (16)	150(7-8)	2,000-2,500 (100-120)	800 (40)
内訳	乳がん 4分の1	外科 7割	乳がん 7割	乳がんが中心

2007年10月

平成20年度診療報酬改定につ いて(抜粋)

- 全体改定率 ▲0.82%
- 診療報酬改定(本体) 改定率 +0.38%
 - 医科 +0.42%
 - 歯科 +0.42%
 - 調剤 +0.17%
- 薬価改定等 改定率 ▲1.2%
 - 薬価改定 ▲1.1%(薬価ベース ▲5.2%)
 - 材料価格改定 ▲0.1%

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 08年1月16日 @全国都市会館

Ⅲ-1 がん医療の推進について

- (3) 専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より質の高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において施行される化学療法について、評価を行うほか、当該評価を動脈注射等についても拡大する。
- (7) がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化に合わせて、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。
 - 相談支援センターの充実、手術・放射線治療・化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施等

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 08年1月16日 @全国都市会館

外来化学療法部が関わる院内定期カンファレンス



朝の多職種カンファレンス 8:40~

月	化学療法部・臨床試験 耳鼻科・放射線治療部合同 血液内科
火	小児科 呼吸器内科 泌尿器科(化学療法のみ)
水	緩和ケアチーム(隔週) 食道(1/2-3ヶ月)
木	乳癌外科 婦人科・放射線治療部(隔週)
金	呼吸器内科・呼吸器外科・放射線治療部合同 精神科・耳鼻科合同(1/月)

07年秋より院外公開

がん診療の縦と横 肺がん: 腫瘍内科 vs. 呼吸器内科?

睡眠時無呼吸症候群

気管支喘息

肺炎腫

胃がん 肺がん 乳がん 大腸がん 原発不明がん 治験

肺炎

肺結核

肺線維症

肺胞蛋白症

がん医療チーム
臓器別専門医
臨床腫瘍医
がん化学療法認定看護師
抗がん剤専門薬剤師
緩和医療チーム

抗がん剤のプロトコール整備

- 科学的な根拠に基づく治療
 - 化学療法部運営協議会
 - 入院プロトコール審査委員会(08年4月~)
- 安全で効率的な治療
 - 希釈液、順序、速度、副作用の治療薬の標準化
 - 手順の標準化
 - 情報の標準化
 - "ダブルチェック"
 - 抗がん剤調剤
- 患者さんへの説明
- 教育



結腸・直腸癌 1
転移・再発 結腸・直腸癌

FOLFIRI(CPT-11/5-FU/I-LV)療法

	投与方法	薬剤	投与時間	Day 1
①	DIV	生理食塩液注 50 ml カイトリル注 3 mg/3ml デカドロン注 16 mg(減量可)	15分 200 ml/時	↓
②	DIV	5%ブドウ糖液注 500 ml アイソボリン注 200 mg/m ²	120分 250 ml/時	↓
③	DIV	5%ブドウ糖液注 250 ml トポテン注 150 mg/m ²	120分 125 ml/時	↓
④	DIV	生理食塩液注 50 ml 5-FU注 400 mg/m ²	15分 200 ml/時	↓
⑤	DIV	5-FU注 2400 mg/m ² 生理食塩液注を加えて総量 230 ml (5 ml/時)として2日用ポンプを使用	46時間	→

文献: Andre T. Eur J Cancer. 1999; 35: 1343-1347

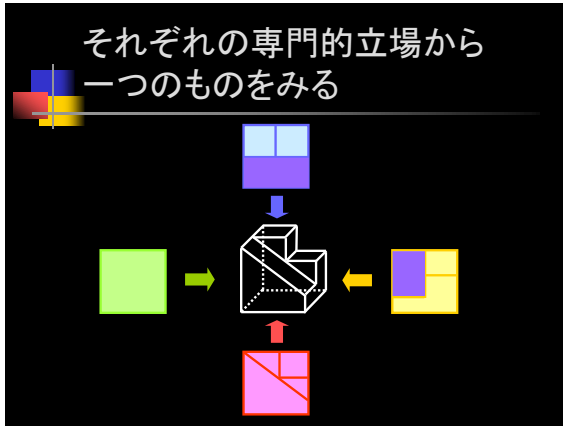
インターバル日数 14日

化学療法部 4 骨軟部肉腫:ドキシソルピシン・イホスファミド(D-I)療法

投与方法	薬剤	投与時間	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4
①	DIV ソリタス注 2000ml メイロン注 80ml	24時間 80 ml/min	→	→	→	→
②	DIV 生理食塩液注 40ml カイトリル注 3 mg/3ml デカドロン注 16 mg	15分 200 ml/時	↓			中止可
③	DIV 生理食塩液注 50 ml デカドロン注 8 mg カイトリル注 3 mg/3ml	15分 200 ml/時	↓	↓	↓	
④	DIV 生理食塩液注 50 ml アドリアン注 50mg/m ²	15分 200 ml/時	↓	↓	↓	
⑤	DIV 生理食塩液注 100 ml ウロチキサン注 0.4g/m ² (増量可)	30分 200 ml/時	↓	↓	↓	
⑥	DIV 生理食塩液注 500ml イホマイド注 1.7g/m ²	2時間 250 ml/時	↓	↓	↓	
⑦	DIV 生理食塩液注 100 ml ウロチキサン注 0.4g/m ² (増量可)	30分 200 ml/時	↓	↓	↓	
⑧	DIV 生理食塩液注 100 ml ウロチキサン注 0.4g/m ² (増量可)	30分 200 ml/時	↓	↓	↓	

文献: E Gortzak. Euro Journal of Cancer. 2001; 37: 1096-1103

インターバル日数 21日



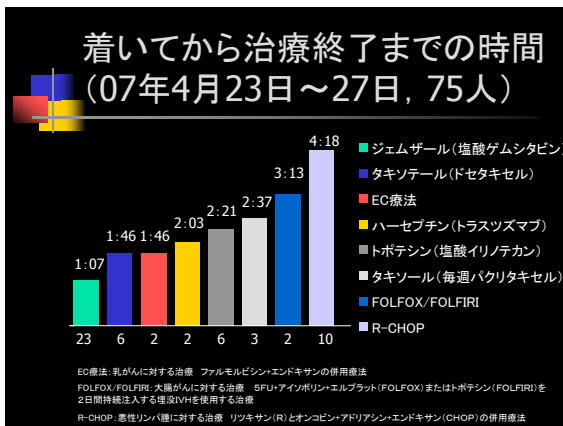
事前の情報収集と支援
がん相談支援員の参加

名古屋大学医学部附属病院 がん相談支援

- 07年8月～
- がん相談員
 - 専従看護師 1名
 - 専任医師 2名
- 広報
 - 院内掲示
 - ホームページ
- 07年9月～外来化学療法導入時にルーチンに実施
- 月平均70名の利用

緩和医療は化学療法と切り離しては考えられない

臨床経過



名大病院 緩和ケアチーム 06年6月～

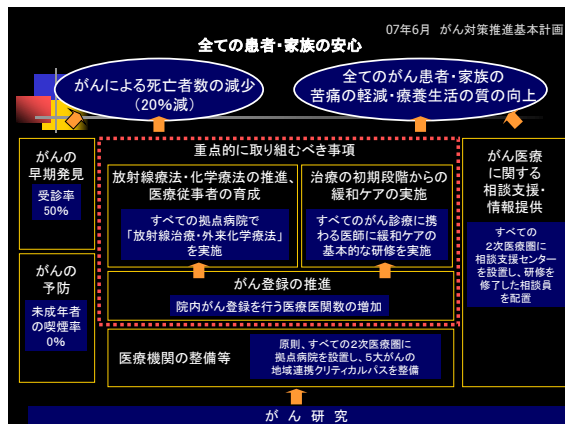
- 活動実績
 - 06年7月～08年3月
 - 51件/21ヶ月(月 2.4件)
 - 外来:入院 17:34
- 内容(重複あり)
 - 疼痛 47例
 - 全身管理、呼吸症状、下痢
- 定期カンファレンス
 - 呼吸器科病棟
 - 耳鼻科病棟(精神科含む)

呼吸器科病棟とのカンファレンス

名大病院 オープンカンファレンス



- 07年10月～
- 内容
 - 乳腺・内分泌腫瘍
 - 食道
 - 乳腺・内分泌腫瘍画像診断 (08年6月～)
 - 呼吸器内科
- 申込書及び誓約書



演題抄録

演題名

愛知県がんセンター中央病院における病診連携システムの現状と地域連携パスへの展望

医療機関名 愛知県がんセンター中央病院
所属・役職 呼吸器内科・医長
氏名 清水 淳市

要旨:

当院では、初診患者のうち約 70%が紹介患者で、名古屋市医師会病診連携システムを用いた紹介が約 6%である。平成 19 年からは初診予約システム、相談支援室も稼働している。一方、非がん患者の逆紹介、緩和治療目的での在宅診療依頼や、転院などで地域との連携をはかっている。現在稼働している地域連携パスはないが、スムーズな連携を目的としたパスの導入を計画している。また、がん治療の共同診療として、乳腺科ではホルモン療法に関する地域連携パスの導入を準備中であり、その取り組みも紹介する。

当院は、病床数500床のがん専門病院である。昭和 39 年に開院し、平成 14 年に地域がん診療拠点病院の指定を受け、さらに、平成 19 年には都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けた。初診患者の約 70%が紹介患者である。紹介システムとしては平成 11 年から、名古屋市医師会病診連携システムに参加しており、平成 19 年5月からは医療連携の拡充を目指して、全診療科にてセカンドオピニオンを開始、初診外来予約システムも稼働した。平成 19 年度は、6%が名古屋市医師会病診連携システムからの紹介であった。

平成 19 年4月には、相談支援室が開設され、1年間で 2498 件の相談を受けた。院外からの問い合わせも受け付けており、実際に 1295 件の相談があった。院内からは、在宅への移行や転院の相談が多かった。現在、相談支援室では、これまでの紹介実績を参考に、在宅医を紹介している。千種区医師会には在宅医紹介システムがあるが、十分に活用されていない。今後は、システムを活用して、幅広い在宅医と連携を取っていきたいと考えている。

緩和治療を目的とした在宅診療の依頼や、緩和病院への転院などにおいては、スムーズな切れ目のない連携を行うために、地域連携パスの導入を検討している。現時点では、在宅中心静脈栄養のパスを作成しており、まずは近隣の在宅医との連携に使用していきたい。緩和だけではなく、がん治療の共同診療を推進することも重要である。まずは、乳癌の術後ホルモン療法を診療所で行うという病診連携パスを作成中で、来年度からの開始を目指している。しかし、連携診療所を対象とした研修会をどのように開催していくかなど、具体的な運営には課題が多い。

がんの地域連携パスは、各医療施設が役割分担し、患者さんが安心して、質の高い医療を受けることができるようになるための一つの方法である。具体的には、緩和治療を目的とした病診・病病連携におけるもの、経過が長くなる術後フォローアップを目的としたものが多い。経過の短い、頻回に専門的な診療を要するような状態では、患者手帳のようなものも連携パスの一種と考えても良いのではないかと考える。また、各拠点病院が独自のパスを作成しては、混乱が生じる。しばらくは、試行錯誤の時期となると思われるが、当院がそれらを取りまとめていけるように努力をしていきたいと考えている。

演題抄録

演題名 千種区医師会「在宅医紹介システム」概要

医療機関名 イノコシ外科内科リハビリテーション室
(千種区医師会地域医療委員)

氏名 佐野 真

要旨

地域医療が崩壊している。

最大の要因は高齢化に伴う医療費の増大だ。この医療費を抑制する手段の一つとして、現在 80%超の病院における終末期医療を在宅にシフトさせる必要がある—というのが厚労省の見解で、同省は未だその機が熟さないうちに受け皿となってきた療養型病床の大幅削減を断行した。が、誰もが望んでいる在宅死ではあるが、疾病構造の変化、少子・核家族化などによりハードルも高い。

千種区医師会では病診の役割分担という観点から、平成 19 年 7 月より在宅医療を支援する診療所が登録した「在宅医紹介システム」を立ち上げ運用を開始している。概要は

- ① 病院・主治医が在宅医療を必要と判断する患者の紹介状（住所、病状、必要とされる医療詳細を記したものを）を作成、千種区医師会宛 Fax
- ② 区医師会より紹介状を登録医宛 Fax
- ③ 登録医は紹介状内容を勘案し同患者の在宅医の可否を区医師会宛 Fax
- ④ 区医師会より病院・主治医へ在宅可能医リストを Fax
- ⑤ 主治医と本人・家族で相談し在宅医を決定、当該医療機関へ連絡

まだまだ繁雑で問題点も多いが、関係各位のご意見を伺いながら有用なシステムとして地域医療に貢献出来るよう努力していきたい。

在宅医療の推進には訪問看護ステーション、調剤薬局、ケア・マネージャー等の社会資源の充実、有用活用、連携強化が期待され、サービス提供に関する情報システムの構築も重要である。また、地域単位の取り組みが不可欠で中核となる在宅支援診療所の在り方、強化、再編についても検討が必要と思われる。

演題抄録

演題名 訪問看護ステーションの現状と課題

医療機関名 (社)愛知県看護協会立
訪問看護ステーション「たかつじ」
所属・役職 所長
氏名 真下 美枝子

研究要旨

平成 20 年度診療報酬改定により、在宅医療においても、さまざまな改定がされた。訪問看護に関する項目では「訪問看護基本療養費（Ⅰ）」の引き上げや多くの加算が新設された。特にがん末期利用者に関連する項目が手厚く評価され、また、病院等との連携についても見直された。

在宅医療が推進される中での訪問看護ステーションの現状と課題、病院との連携、今後の取組み状況について報告する。

1. 訪問看護ステーションの現状と課題

現在、全国で訪問看護ステーションは約 5,480 ケ所ある。看護職員数は平均 4.2 人と小規模のステーションが多く存在する。また、多くの訪問看護ステーションでは人材不足が深刻であり、そのために訪問看護の受け入れが困難なステーションがある。

特にがん利用者における訪問看護の依頼は、末期状態になってからが多く、状態に合わせたフレキシブルな訪問体制と 24 時間対応体制が求められる。しかし、小規模なステーションではこれらの体制を十分整えられないことも多い。

今回の診療報酬改定では、がん末期利用者に関する項目として「退院時共同指導加算」「ターミナルケア療養費」の見直し、「退院支援指導加算」「後期高齢者終末期支援療養費」の新設がされた。しかし、これらの評価に値するよう訪問看護の体制整備と看護の質の向上を図る必要性があり、地域全体でがん利用者を支援していかなければならない。

2. 訪問看護ステーションと病院との連携

当ステーションではがん利用者の依頼先は病院の退院調整看護師が多い。入院中から利用者に関わり、必ず退院時共同指導に出席している。退院後はその後の状況を病院側へ情報提供し、退院後も連携を継続している。また、再入院時は訪問看護サマリーを作成し、退院調整看護師へ引き継ぎ、継続看護に取り組んでいる。

病院側では訪問看護の導入時期に迷われると思うが、訪問看護ステーション側では末期状態になる前から利用者に関わり、看取り（利用者や家族の望む場所）まで支援したいと考えている。ぜひ、がん利用者が外来通院している時期から訪問看護ステーションとの連携を推進していただきたいと思う。

3. 訪問看護ステーションの今後の取組み

在宅看取りの推進及び訪問看護ステーションの拡充に向けた平成 30 年までの目標

- ① 在宅死亡者割合を高める：平成 25 年 20%、平成 30 年 25%を目標
- ② 在宅死亡者の訪問看護利用者割合を高める：平成 30 年 50%を目標
- ③ 安定的な 24 時間サービス提供整備の整備

(日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の 3 団体の共同提案)

がん診療の地域連携実現に向けてー退院支援よりー

名古屋大学医学部附属病院

看護師長

池戸 初枝

要旨：退院支援では、患者自身の療養に対する意思決定が重要である。そのためには、療養に関する支援体制など十分な情報提供を行い、患者自身が療養スタイルを選択することが必要である。がん患者の場合も、療養に対する意思決定は重要だが、療養への準備時間が十分にあるとはいえない。そのため、患者の意思決定に沿った療養環境の準備をより速やかに的確に行うことが重要である。さらに地域連携では、療養を支援する様々なスタッフが適切なケアを提供できるように情報を提供していく事が重要である。

当院では、平成15年に地域医療センターが医師、看護師、MSWの多職種で組織され、地域連携の窓口として活動している。地域医療センターでは前方連携と後方連携があり、後方連携の主な活動は、退院支援と医療相談である。退院支援は、平成15年度は105件であったが、平成19年度は491件と増加している。退院支援の依頼件数の増加から地域連携の必要性が高まってきているといえる。退院支援では、患者の意思決定に基づき、次の療養先のスタッフが適切にケアを提供できるように情報提供や必要な準備を行っている。

退院支援の患者は、退院先は6割が自宅で4割が転院、年齢は0歳から99歳、疾患の半数ががん、退院時必要な医療処置は複数必要とする場合もある。自宅への退院で中心静脈栄養が最も多く、患者・家族への在宅中心静脈栄養法実施への指導や訪問診療・看護・薬剤師など多くのスタッフが関り、注射薬や医療材料など多くの調整が必要となる在宅中心静脈栄養法での地域連携パス（HPNパス）を作成した。HPNパスでは双方向の情報交換により、必要な情報提供ができるようにしている。地域連携では双方向の情報交換ができるようにすることが必要である。

がん患者の退院支援では、回復期リハビリテーション病院への転院は少なく、緩和ケア病棟への転院が多くなっている。また、病状の悪化や死亡により退院支援を中止することも多い。がん患者の退院支援ではがん診断や治療中に支援介入する事は少なく、症状コントロール時期に行う事が多い。自宅の場合では、症状出現に対する不安などがあり、訪問診療や訪問看護など体制を整える事が困難な場合が多い。緩和ケアへの場合では、自宅近くに緩和ケア病床を有する病院が少なく、また、希望したと時にすぐに入院することが難しく、1から2ヶ月の待機期間が必要となる事が多い。がん患者への退院支援では、意思決定や療養への支援体制の調整などに困難を伴う事が多いが、できる限り患者・家族の意向に沿えるように連携をすすめている。