

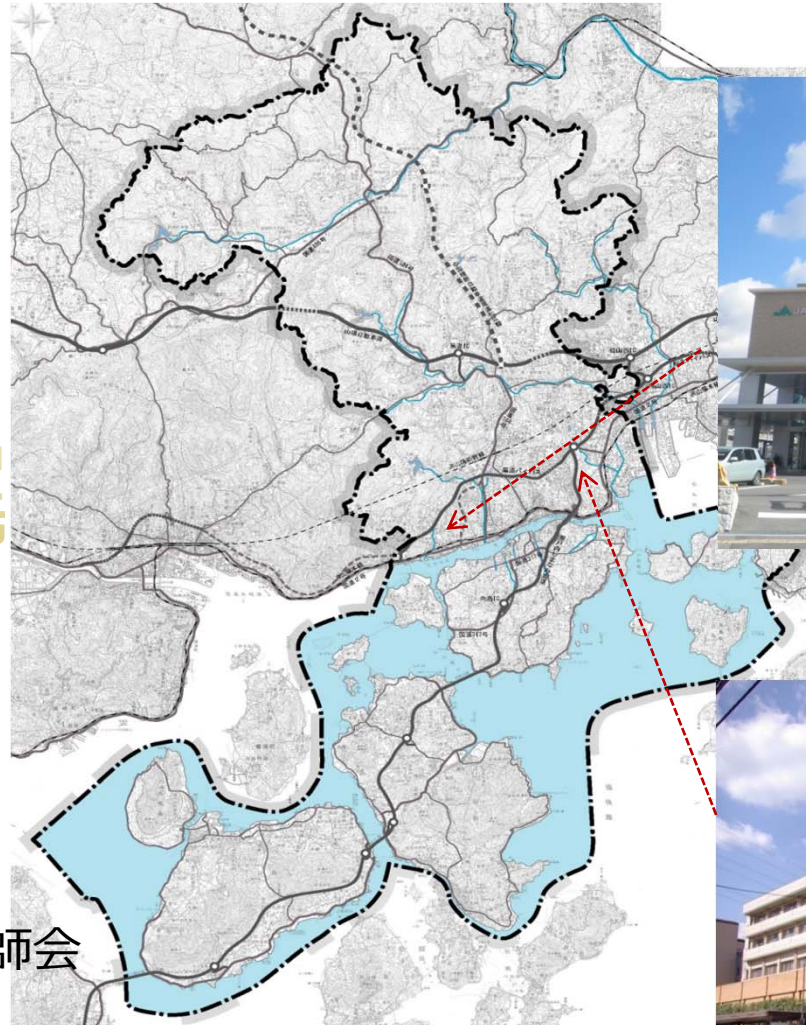
尾道市におけるがん関連病診連携への取り組みと がん相談支援センターの役割

尾道市立市民病院

副院長
がん診療統括部 部長

中井 肇





JA尾道総合病院



尾道市立市民病院



尾道市人口 15万人
尾道市医師会
福山松永・沼隈地区医師会
因島・瀬戸田医師会

尾道市立市民病院

地域医療支援病院

病床数 330床 23科

平均在院日数 15.8日

紹介率 64.4%

逆紹介率 53.7%

日本医療機能評価機構認定(Ver.6)

広島県指定がん診療連携拠点病院



尾道市立市民病院がん診療統括部

がん診療運営会議

集学的がん 治療センター	がん関連臨床 教育・研究部 門	院内がん 登録 地域がん 登録事業	がん関連 院内および 地域連携 クリパス	がん関連疼痛 緩和および 終末期医療	がん患者 相談支援 センター
外来化学療法 入院化学療法 放射線治療	腫瘍専門薬剤師・ 看護師養成 がん臨床研究支援 がん認定医取得支援 がん関連講演会開催	統計処理 がん関連 情報発信	院内がん クリパス 地域連携がん クリパス	緩和ケア チーム	セカンド オピニオン外来 地域連携

尾道市立市民病院 がん相談支援センターのかかわり

- 退院時ケアカンファレンス
(いわゆる尾道方式)
- 地域連携クリニカルパス
- 緩和ケア

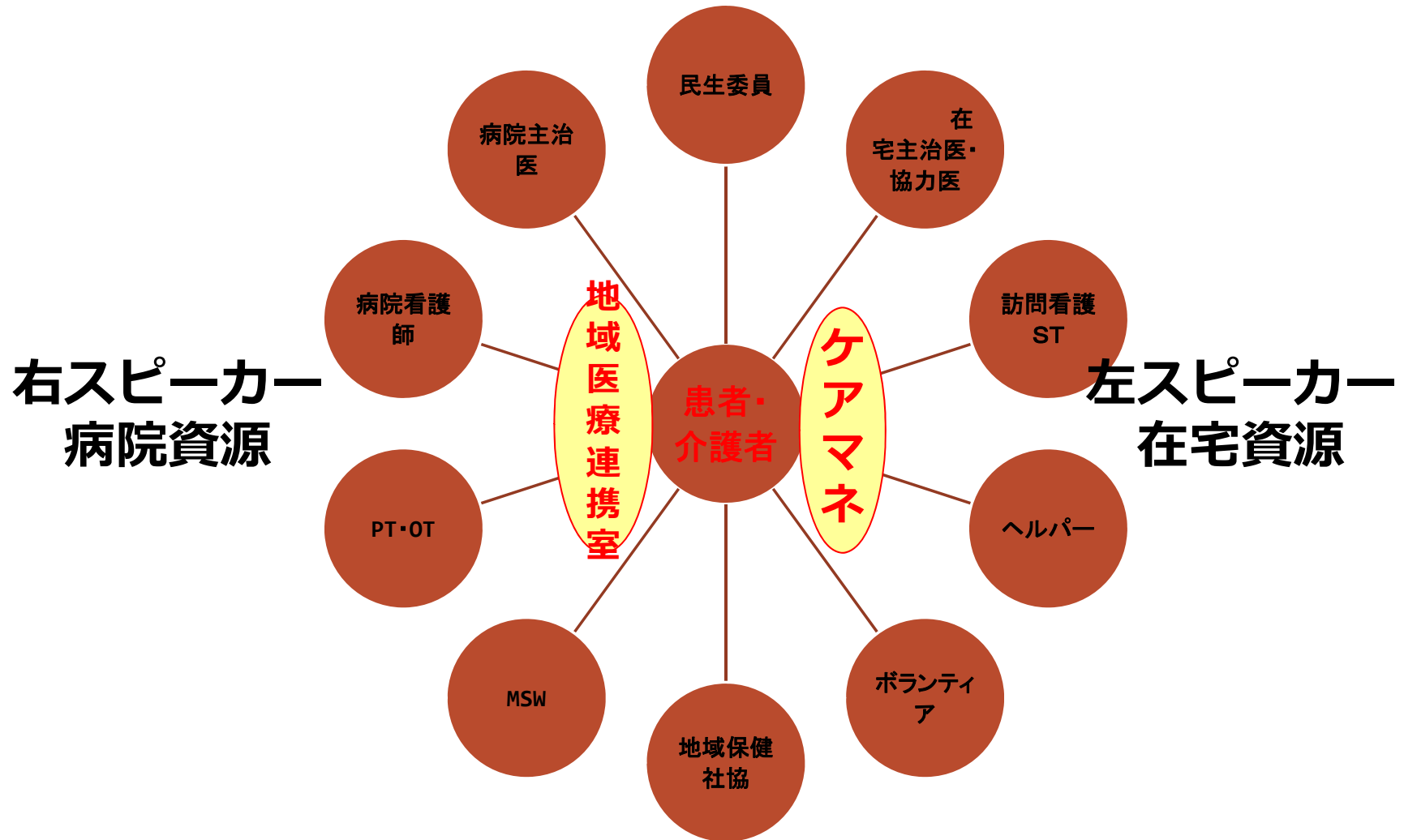
尾道市立市民病院 がん相談支援センターのかかわり

- **退院時ケアカンファレンス**
(いわゆる尾道方式)
- **地域連携クリニカルパス**
- **緩和ケア**

地域を包括する尾道方式による 地域医療連携

- 今、医療と介護の連携の場で、尾道方式によるc.c.を用いた地域医療連携が注目を集めています。(c.c.=ケアカンファレンス)
- 尾道方式による地域医療連携は、1990年から10数年かけてハード面とソフト面の整備をきちんと行ってきたところが優れており、多施設・多職種が係わりあい、人工呼吸器などを着いた重症患者でも安心して安全に在宅で治療を行えるようにし、患者本位のネットワークを構築した点に特徴があります。
- 2007年の1年間に尾道市立市民病院で行った尾道方式による退院前c.c.は177回で、病状・関わり合う医師・関わり合う職種・介護者などにより、10名足らずのc.c.から20数名と大人数のc.c.まで様々です。
- 地域中核病院が地元医師会・介護職・介護者などと緊密に連携をとりながら「地域包括ケアネットワーク」の一旦を担い、なおかつ在宅医療を推進することにより高齢者医療に対応しています。

尾道方式における ケアカンファレンス参加人員構成



尾道市民病院における退院前ケアカンファレンス風景



The OMA method on Long-term care management programs



尾道市立市民病院退院前ケアカンファレンス



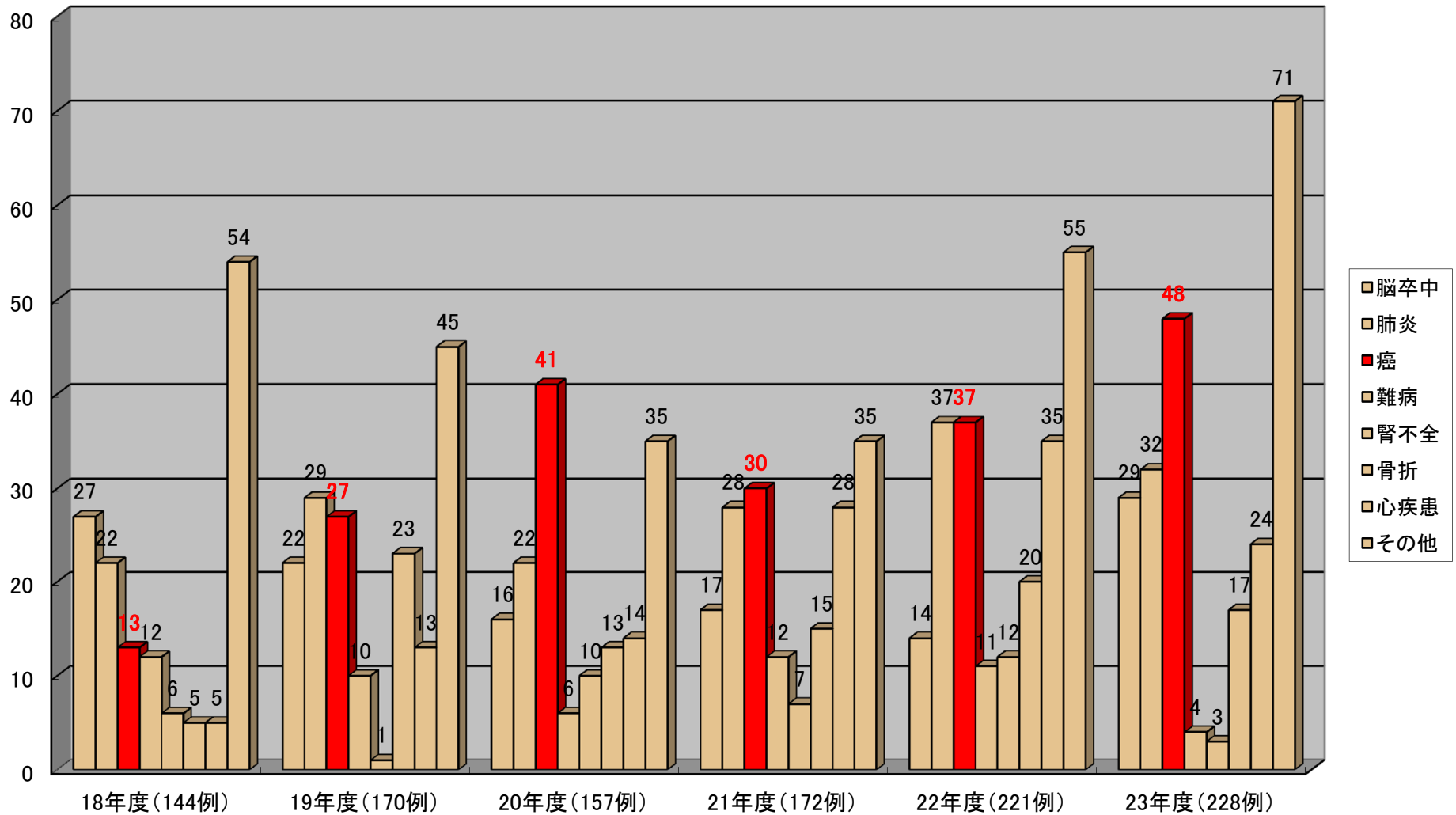
公立みつぎ総合病院退院前ケアカンファレンス

JA尾道総合病院退院前ケアカンファレンス

介護老人保健施設退院前ケアカンファレンス



年度別疾病別退院前ケアカンファレンス



尾道市立市民病院 がん相談支援センターのかかわり

- 退院時ケアカンファレンス
(いわゆる尾道方式)
- 地域連携クリニカルパス
- 緩和ケア

胃癌 地域連携パス（医療機関用）

患者名 _____

病名 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

進行度 T M N ステージ _____

左記が担当医 _____

入院年月日 _____

退院年月日 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

手術	_____
病理	_____
化学療法	_____
放射線療法	_____
緩和ケア	_____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療		術後経過年月		1年				2年				3年				4年				5年			
		退院時	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	12	6	12	6	12	6	12				
病院受診日 (月/日)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
定期検査	CBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	CEA, CA19-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	胸部X線検査			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	腹部エコー		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	CT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	上部内視鏡検査				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

* 上記以外にも必要に応じて諸検査を行なってください（必要があれば当院にご依頼ください）






* 当院受診日には検査結果を持参（もしくは郵送）していただくようお願いいたします

達成目標

氏名 () 様 (胃疾患 地域連携パス)

- ・日常生活を安楽に送る
- ・定期的に受診することができる
- ・異常を自覚し受診することができる

かかりつけ医
医師名
連絡先 Tel

月日	退院日～近日中	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	1年	2年	3年	4年	5年
	かかりつけ医受診日				12	3 6 9 12	3 6 12	6 12	6 12
	病院受診日								
診察	紹介状・検査結果・レントゲンをもってかかりつけ医にお渡し下さい 退院日が2～3日中にお渡し下さい。								
検査	血液 レントゲン 腹部エコー 胃内視鏡 CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 ()								
食事	<input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 体重測定をしましょう								
活動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 老人車				眼ありません いいですね				
移動	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				つかうは 3ヶ月を目標にしましょう				
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭				長風呂に注意しましょう				
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> おしりガード <input type="checkbox"/> その他 ()								
備考	次のような症状があれば、早めにかかりつけ医に相談しましょう。 ・腹痛・吐き気が続くときは受診しましょう ・便の異常時(黒い便)は受診しましょう ・消化の良い食事を心がけましょう。								

病院名: 尾道市立市民病院
診療科: 内科・外科・()
主治医:
連絡先: 時間内: 0848-47-1155
時間外(休日・夜間)
0848-47-0099

大腸癌 地域連携パス（医療機関用）

患者名 _____

病名 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

進行度 T _____

M _____

N _____

ステージ _____

在宅医療連携医師 _____

入院年月日 _____

退院年月日 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

手術	_____
病理	_____
化学療法	_____
放射線療法	_____
緩和ケア	_____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療		1年					2年					3年			4年		5年
		退院時	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	12	6	12	6	12
定期検査	病院受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	CBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CEA, CA19-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸部X線検査			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部エコー		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	大腸内視鏡				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 上記以外にも必要に応じて諸検査を行なってください（必要があれば当院にご依頼ください）

* 当院受診日には検査結果を持参（もしくは郵送）していただくようお願いいたします

肝細胞癌 (手術・RFA・PEIT・TAE) 地域連携パス (医療機関用)

患者名 _____

病名 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

進行度 T _____ M _____ N _____

ステージ _____

在宅かかりつけ医 _____

入院年月日 _____

退院年月日 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

手術	_____
病理	_____
化学療法	_____
放射線療法	_____
緩和ケア	_____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスとおり

連携医療機関での日常診療		術後経過年月																	
		退院時	1年				2年				3年				4年		5年		
来院受診日	(月/日)		1	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	6	12	6	12
定期検査	CBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AFP,PIVKA-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸部X線検査				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部エコー			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部CT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部MRI			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	上部消化管内視鏡					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 上記以外にも必要に応じて諸検査を行なってください (必要があれば当院にご依頼ください)

* 当院受診日には検査結果を持参 (もしくは郵送) していただくようお願いいたします

肺癌 地域連携パス（医療機関用）

患者名

病名

尾道市立市民病院 主治医

進行度T M N ステージ

在宅療養指導医

入院年月日

退院年月日

サポート医

《入院中の治療内容》

手術	
病理	
化学療法	
放射線療法	
緩和ケア	

《IGの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療

病院受診日 (月/日)	術後経過年月																			
	退院時	1年					2年					3年			4年		5年			
		1	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	6	12	6	12		
採血検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
胸部X線写真	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
胸腹部CT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脳CT/MRI				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
（腹部エコー）			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* 上記以外にも必要に応じて諸検査を行ってください（必要があれば当院にご依頼ください）

* 当院受診日には検査結果を持参（もしくは郵送）していただくようお願いいたします

膵・胆道癌（手術・胆道ステント挿入術） 地域連携パス（医療機関用）

患者名

病名

尾道市立市民病院 主治医

進行度T

M

N

ステージ

在宅かかりつけ医

入院年月日

退院年月日

サポート医

《入院中の治療内容》

手術・処置	
病理	
化学療法	
放射線療法	
緩和ケア	

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療		術後経過年月																
病院受診日 (月/日)	退院時	1年						2年										
		2	4	6	8	10	12	2	4	6	8	10	12	2	4	6		
定期検査	CBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CEA, CA19-9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	胸部X線検査			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	腹部エコー			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	腹部CT			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	上部内視鏡検査						<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
	バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* 上記以外にも術後化学療法が追加となる場合は、必要に応じて諸検査を行なってください（必要があれば当院にご依頼ください）

* 当院受診日には検査結果を持参（もしくは郵送）していただくようお願いいたします

膵のう胞性腫瘍(経過観察用) 地域連携パス (医療機関用)

患者名 _____

病名 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

画像診断

のう胞径 _____

膵管径 _____

結節高 _____

在宅かかりつけ医 _____

入院年月日 _____

退院年月日 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

実施した検査	_____
膵液細胞診	_____
その他	_____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる	腫瘍の形態変化を把握する	併存腫瘍のスクリーニング
教育、指導	患者用パスどおり		

連携医療機関での日常診療		術後経過年月																			
病院受診日 (月/日)	退院時	1年				2年				3年				4年				5年			
		3	6	9	12	3	6	9	12	6	12	6	12	6	12	6	12				
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
定期検査	CBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CEA, CA19-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	胸部X線検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	腹部エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	EUS、CTまたはMRCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	便潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	バリアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

* 上記以外にも術後化学療法が追加となる場合は、必要に応じて諸検査を行なってください (必要があれば当院にご依頼ください)

* 当院受診日には検査結果を持参 (もしくは郵送) していただくようお願いいたします

尾道市地域連携クリニックカルパス稼働状況

	平成18年度 (12月～3月)	平成19年度	平成20年度	平成21年度 (4月～9月)	合計
肺癌	5	22	16	12	55例
胃癌	18	36	14	5	73例
大腸癌	47	73	64	19	203例
肝細胞癌	18	40	11	2	71例
膵・胆道癌		3	2	1	6例
膵嚢胞性腫瘍		3	3	6	12例
大腿骨骨折	8	111	166	87	372例
脳卒中		24	128	55	207例
糖尿病			10	2	12例
NST			7	6	13例
	96例	312例	421例	195例	1024例

尾道市立市民病院 がん相談支援センターのかかわり

- 退院時ケアカンファレンス
(いわゆる尾道方式)
- 地域連携クリニカルパス
- 緩和ケア

地域医療への取り組み

1. 在宅緩和ケア、往診
2. がん患者サロン
3. 尾道三原地区緩和ケア研究会
4. PEACEプロジェクトによる医師のための緩和ケア研修会

在宅緩和ケアまでの流れ

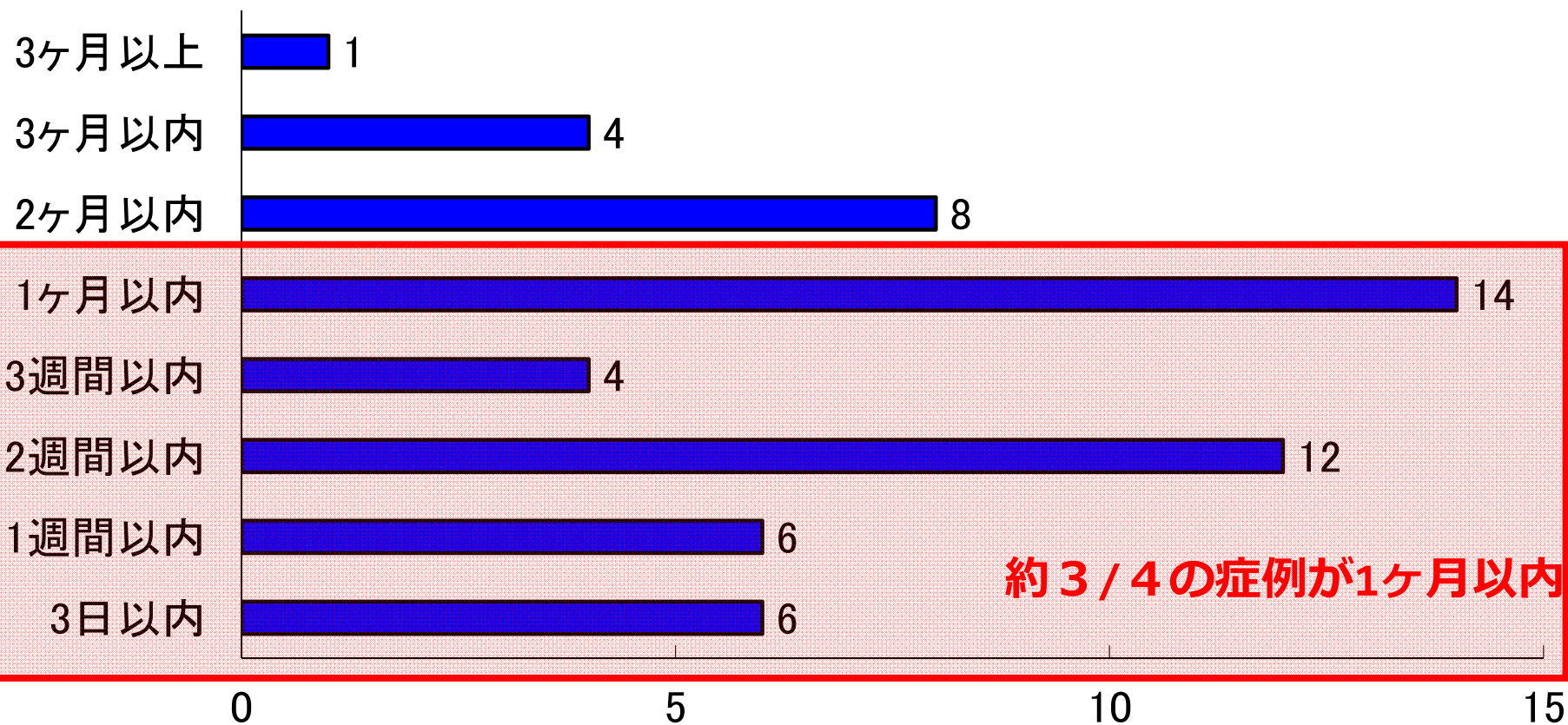
1. 入院中の患者さんおよび家族からの在宅希望
2. 緩和ケアチーム、地域連携室の介入と在宅調整（投薬調整、療養環境調整）
3. 在宅緩和ケアチームの結成
4. 退院時ケアカンファレンスの実施
5. 在宅へ

在宅緩和ケアにはタイミングとスピードが大切です

在宅緩和ケア、往診

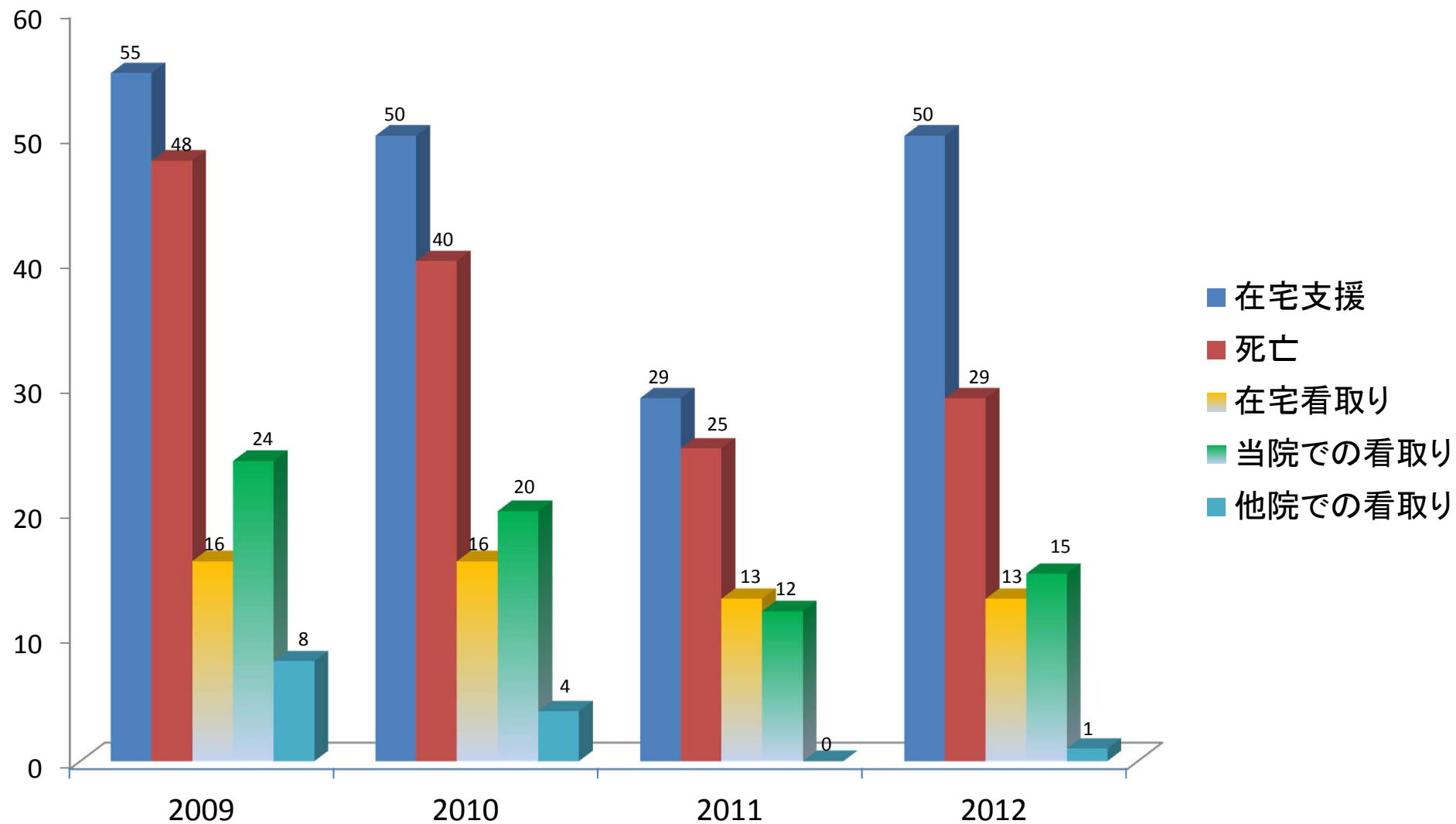
- 往診には緩和ケアチーム医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、研修医などが同行します
- 必要があれば、在宅主治医の先生と連絡を取り、一緒に訪問することもあります
- 在宅緩和ケアで関わった患者さんが亡くなられた場合、ご遺族のご了承が得られれば数ヶ月から半年までの間にグリーフケアを行なうことも目標にしています

在宅療養期間



(2009. 3.31時点で在宅療養終了したのべ55例)

これまでの在宅支援症例



地域医療への取り組み

1. 在宅緩和ケア、往診
2. がん患者サロン
3. 尾道三原地区緩和ケア研究会
4. PEACEプロジェクトによる医師のための緩和ケア研修会

2. がん患者サロン



今回は、当院看護師がアロママッサージをご紹介します。
アロママッサージとは、植物から抽出された香りの良い精油（オイル）を使ったマッサージのことです。レモンやラベンダーなど色々な香りがあり、からだに楽になる、きもちが落ち着くなどの効果があるといわれています。
当日、ご希望の方に、実際にマッサージをさせていただきます。

日時 2013年2月26日(火) 15時～16時

場所 本館5階 相談・資料室

対象者 がん患者さま、ご家族

(他院で治療中の方や、ご家族のみの参加も大歓迎です)

内容 ○『アロママッサージ体験』(看護師より)

○おしゃべりの時間

参加費 無料

お問い合わせ 地域医療連携室(0848-47-1170)

※事前の申し込みは必要ありません。当日、相談・資料室まで直接お越しください

★がん患者サロンとは

がん患者さまやご家族に、日ごろ感じている思いや疑問等を自由にお話しいただく交流会です。

当院緩和ケアチームの看護師、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカー、心理士も参加し、みなさまとの交流を深め、今後の療養生活を支援させていただきます。

- 平成19年8月17日、患者さん、家族のための緩和ケア勉強会として発足
- 平成21年2月からはがん患者サロンとして2ヶ月に1回の定期開催となる

3. 尾道三原地区緩和ケア研究会

- 平成18年10月発足
- 目的：県東部での緩和ケアの普及
- 県内東部地区には、緩和ケア認定看護師がいなかった
- 医師の症例検討会はあるが、看護師ほかメディカルスタッフの症例発表や事例検討会の機会はなかった
- 病院同士のスタッフ間交流は少なかった
- 昨年8月まで計23回行うも、運営上の問題を指摘され一旦休止となった
- しかし、病院だけでなく地域の訪問看護スタッフの参加も増えてきていた

第12回 症例検討会



地域医療への取り組み

1. 在宅緩和ケア、往診
2. がん患者サロン
3. 尾道三原地区緩和ケア研究会
4. PEACEプロジェクトによる医師のための緩和ケア研修会

4. 尾道市立市民病院 緩和ケア研修会

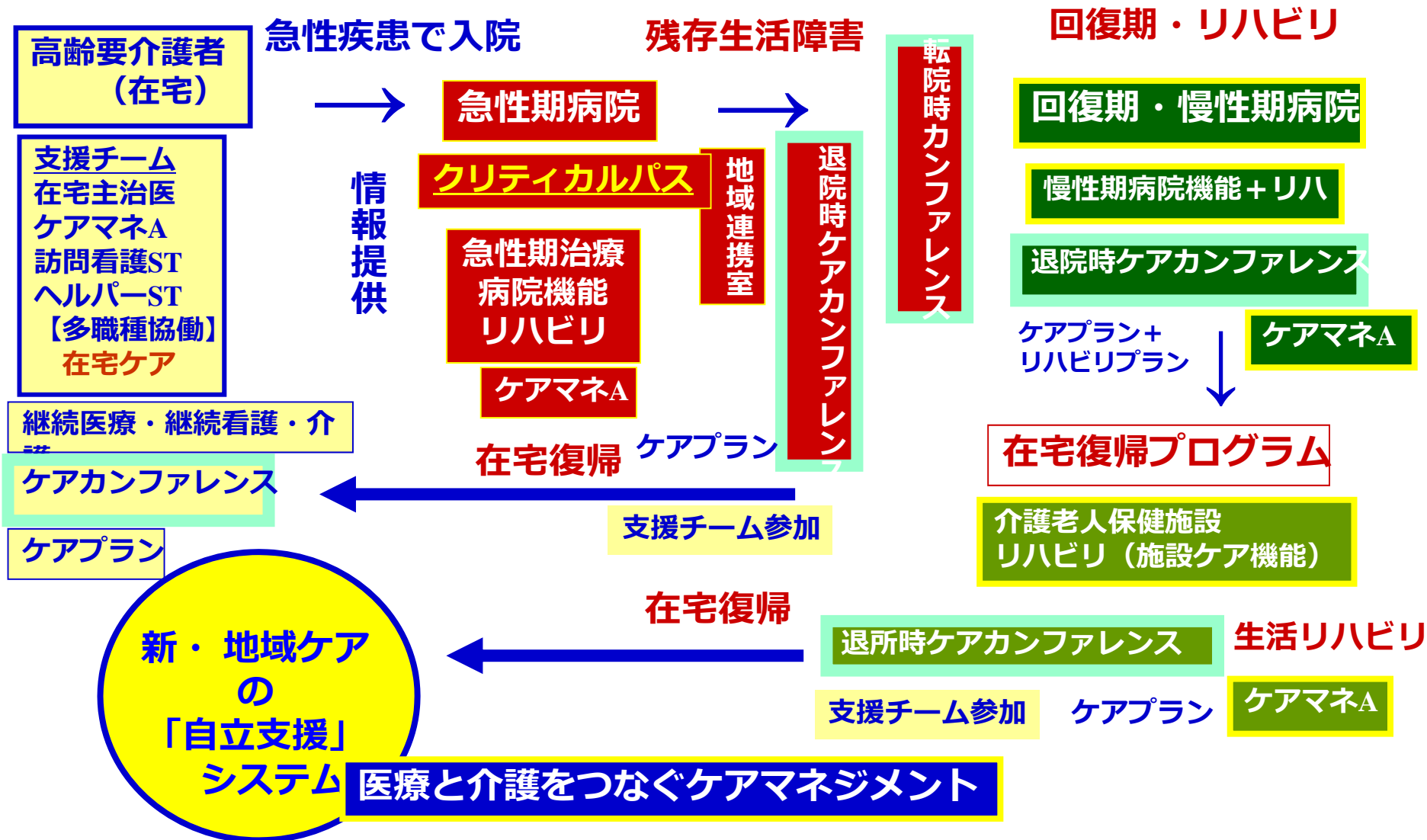
- 日 程 : 平成25年3月3日 (日) 9:00~17:55
- 平成25年3月17日 (日) 9:00~17:25 の2日間
- 会 場 : 尾道市立市民病院 新館4階 大会議室
- 参加費 : 昼食代 1食1000円
- 対象者 : 尾道、三原、松永・沼隈地区でがん診療に携わる医師
- 申込期限 : 平成25年 2月15日 (金) 必着
- 申込先 : 尾道市立市民病院
(担当 医事課 : 重森広志、渡辺陽子)
- 緩和ケアチーム TEL : (0848) 47-1155
FAX : (0848) 47-1171

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム (CC to CC)

The OMA method on long-term care management programs

高齢障害者の長期継続ケアと各段階でのケアカンファレンスの意義

(適切な医療・介護資源の投入の時系列検証)



ご静聴有難うございました

