

19. 新指針p9「高齢がん患者について、介護施設等と患者の治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること」について、貴施設での取り組み内容や工夫されていること、困りごとがありましたら簡単にご回答ください
工夫していること
介護施設と退院前カンファレンスの実施
入所前や再入所時には、緩和ケアや看取り等の情報共有の場として必ずカンファレンスを行っている
必要に応じて退院前カンファレンスに緩和ケア専従看護師が参加している。
シエントが中心となって退院前合同カンファレンスを開催している
緩和ケアセンターだけでなく施設として連携強化体制を構築している。がん以外の患者も含めて入退院支援センターが他院との連携窓口になっているため、院内で入退院支援センターとの連携を図り、退院前カンファレンスに参加している。
在宅療養では往診医師、訪問看護、ケアマネージャーと退院前カンファレンスを行い情報共有を図っている。介護施設入居の場合は介護施設の方がアセスメントしに来院する為、情報共有を行っている
施設嘱託医、介護スタッフなどと情報共有。必要に応じて、家族、施設スタッフを交えたオンラインカンファレンスを行ったことがある。（症状緩和、看取りを含め、今後の療養場所の選択について）に関して）
症例に応じては、患者・家族・介護施設との多職種カンファレンスなど行っている
退院後の療養先となる施設と医師、看護師、MSWなど多職種でケア会議を実施し連携を図っている
退院支援NSを中心に、必要時、退院前にレファレンスを行い、連絡を行っている。
退院前カンファレンス 地域のかかりつけ医 訪問看護師 調剤薬局 福祉用具業者 院内医療スタッフで開催している。在宅看取りの場合は介護者の負担軽減のためのレスパイト入院施設の紹介など患者のニーズや生活背景にあわせて提案している
退院前カンファレンスでの情報共有
退院前カンファレンスの開催。退院後の同行訪問
退院調整カンファレンスを実施している
緩和ケア病棟での療養・看取りを希望されている患者については、訪問診療医（施設医）と必要時にカンファレンスを開催し、情報共有できるようにしている。（Webカンファレンスを含む）必要があれば、緩和ケア病棟での療養・看取りができるよう事前に準備し、スムーズな入棟ができるようにしている。
退院後、介護施設で生活する場合には、施設でできる医療・ケアを事前に確認し、退院後の生活をシミュレーションしながら退院準備を進めるようにしている。
分かりやすい紹介状の作成により、施設に入る訪問診療医が困らないようにしている。
地域がん診療連携拠点病院として担当する能登地区と顔の見える関係が構築されており、転院や在宅に移行する際の患者を紹介する時は、緩和ケアチームの医師から情報提供している
地域医療者との連携に関する検討
日々のオンライン連携体制は準備中であるが、定期的なオンラインでのカンファレンスを実施中
専門・認定看護師が同行訪問できる体制を整えているので、介護施設などに訪問看護が介入する場合に同行訪問して連携することは可能だがまだ実施したことはない。緩和ケア医が認知症サポート医も行っているので、地域の介護施設との定期的な会議に参加している。
介護施設に関しては数が多いことと、医療の制限があるために、関わりのあった施設からコミュニケーションをとるようにしております。
在宅緩和ケアマップを作成し、看取りを行っている介護施設の情報を一覧にしている。青森市医師会を中心に看取りサポートチームを結成し体制整備や研修会をサポートしている。県と共催して介護施設における看取りの現状を調査して協議する場を設けると共に、研修会を開催している。

診療の現場では、地域連携の窓口となる患者支援センターを主体に症例ごとに連携を行っている。さらに、患者支援センターと腫瘍センターが協働で地域緩和ケア連携会議を月1回開催し、地域の介護施設等のケアマネジャー、訪問看護師等と連携体制について話し合う機会を設けている。
ポスター等での広報
院内の他部門との連携
相談支援センターを窓口連携している
退院支援部門を通して、当院に紹介または当院から退院する際に、介護施設等と連携している。
がん患者ばかりでなく退院支援ナースが行っているはず。
がん患者に限らず高齢者の後方支援連携のための連携は当院患者支援部にあります。
在宅医療支援室（在宅診療、看取り依頼専門部署）が主治医、緩和ケアセンターと患者情報を共有し、適切な医療機関、施設を紹介している。
地域医療連携室の看護師が連携・調整役割を担っている。
地域連携室、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなど関連するメンバー間で、情報共有をしながら連携を図っている
地域連携室を通じて外来と連携している。また、入院した場合は、退院前カンファレンスを実施し、病棟と施設担当者と連携を図っている。
認定看護師や医療ソーシャルワーカーなどと協力をしている
医療連携室との緩和ケアカンファレンスなど
院内の患者サポートセンターの同じフロアに地域連携、緩和ケアセンターを配置して、連携をしやすくしている
MSWや在宅療養支援室スタッフなどと、情報共有しながら連携している。
勉強会などの普及啓発活動
介護職員を対象に、看取りも含めた緩和ケア勉強会を開催し、介護施設に戻れるような体制の整備に努めている。
各症例ごとに連携を行っている。
緩和ケアや看取りの勉強会を行い、定期的に訪問している。デスカンファレンスもしている。
近隣の介護施設に向けて、緩和ケア研修会を開催しており当院の取り組みを紹介している（年6回）さらに堺市在宅緩和ケアマップに看取り可能な介護施設を掲載して地域連携を行っている
研修会やアンケートの実施、施設訪問などで普及啓発・ACP検討など行っている。
在宅医や訪問看護師に研修会の広報の拡大を予定している。県とも今後相談予定。
施設職員や利用者対象の勉強会を開催している
出前講座も行ったり介護施設から緩和ケア病棟の実習を受け入れている。
病院主催で地域の医療介護従事者との研修会を開催している。（多職種連携の会）
北多摩南部地域の在宅医療に係る医療機関等と年5回程度、講演会及び研修会を開催している。
地域緩和ケア支援事業として看取りのマニュアルの作成やその活用、実践への活用に向けた研修会の開催を行っている。
地域医療者向けの連携を目的とした講演会を定期的に設け、その場で顔の見える関係を作っている。
ACPの研修（院内医従事者向け、患者や家族向け）を行っている。
一部の慢性期病棟とは事例についてのWEBカンファをやっているが広げられていない
介護施設からの入院受け入れ体制の整備
介護施設との連携を図るために入院対応できる体制と看取りの患者の受け入れ体制を整えている
緩和ケア病棟で長期になりそうな方を施設等に紹介したり、施設で対応が困る方を緩和ケア病棟で受け入れるなどしている
緊急緩和ケア病床を設置し、当院で緩和治療を受け地域に戻るよう体制を整備している。

施設入所中の患者が緩和病棟への入院を必要とする場合は、連携し受け入れている。また、当院より介護施設等に退院するにあたっては積極的に退院前カンファレンスを実施している。
取組：バックベットの所持（施設入所の患者が急変した際等の受け入れ）
随時、施設からの受け入れや安定している患者の紹介を行っている。
通常、介護施設の高齢がん患者は無条件に受け入れ対応しているがガイドライン未整備
当院緩和ケア病棟では在宅や介護施設からの紹介を優先的に受け入れています。
がん患者に限らず、各施設との協力病院契約を締結しているが、緩和ケア、看取り等に特化した体制については整備されていない。看取りができない施設の場合、当院での看取りを行い、状況に応じて療養病院に紹介している。
バックアップ体制の整備、在宅医療に合わせてケアをシンプル化させること、一時的なホームステイ
介護施設からの相談対応
介護施設等から相談があった際に応じている。当院から介護施設に入所する際に情報共有している。
個別でのやりとりは既に行っている。
介護施設では、「看取れない」「麻酔管理ができない」「看護師が常駐していない」など困っているところが多く、相談に乗っている。
介護施設との連携においては、適宜医療用麻薬処方などの相談など、担当医師から相談があれば「がんホットライン」で対応する体制はある。定期的な情報共有の場は設定していない。
連携先と患者ケアについてのやりとりをメールなど行うことあり（複雑な症例の場合）
介護施設への出向診療
附属の老人保健施設では診療に出向している。症状に合わせて当院に入院等、療養の場についても支援している。
訪問診療と緩和ケアチームが協働し、ケアハウスなどに入所中の患者に介入している
介護施設入居中のがん患者の診療を行っており、必要に応じて施設スタッフを交えて退院前カンファレンスや入院前後での情報連携を行うなどの体制を整えている。
在宅医との連携
がん支援センターが介入し在宅医と連携している
地域の在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションと連携して、介護施設への看取り緩和ケアへつなぐようにしている。
長崎市内では開業医が積極的に介護施設の緩和ケア・看取りに取り組んでおり、当院で担当するニーズが特に今まではなかったと考えている。
地域内の状況把握
令和4年度に地域アンケートを実施し、地域の状況把握を行なった。
介護施設などへ訪問し、がん患者の受け入れや施設看取りの状況など情報を共有している。
連携体制の維持・拡大
介護施設でも緩和ケア・看取りを行う施設が増えている。そのような施設と連携している。
介護施設や訪問診療サービスとの連携を密に行っている。
介護施設連携医からの紹介にて（院外の受診の受け入れと同じ）事前家族面談、施設ケアマネとの連絡を病棟より行う
介護老人保健施設（回寿苑）やホスピス緩和ケア病棟のみどりの杜病院と連携し、訪問診療、在宅緩和ケアを行っている。
患者支援センター、緩和ケアチームで取り組んでいる。
既存の地域連携枠を活用して実施している

高齢だけの理由で特別扱いすることなく、患者にとってメリットがあり患者家族が希望されれば積極的に緩和治療・ケアを提供する体制である。ただし予後見通しが困難であること、認知機能低下患者では環境の変化によるせん妄悪化が懸念されることから事前に十分検討し、可能な限り短期間入院治療とするなど工夫している。

高齢者や施設入所者に限定せず、連携体制を整えている。

全がん患者に対応している

問合せがあれば対応できるが、積極的に取り組んでいるわけではない。

後方連携施設の拡大を検討中。

困りごと

看取りができる施設に限りがある

緩和ケア病棟の登録をする前から、入退院支援をおこない、支援センターと連携を行っている。困り事としては、介護施設は看取りまで行う施設は限られているため、本人、家族の希望に添えないことがある。

苦痛の強い患者はできるだけ受け入れるようにしている。看取りのできる施設が少ない。

困りごと：高齢がん患者の経済状況、看取りが出来る施設が限られていること

退院カンファやサマリーで情報共有。施設での看取り希望ではあるが、吸引・経鼻栄養の場合は受入れ困難の時が多い。

当地域では病状にもよるが、がん診断後療養できる介護施設は限られている。

受診歴がない患者の受け入れが難しい

介護施設に入居していた患者に対しては、受け入れができることもあるが、新規の患者は難しい。また施設により体制は異なるため、ケアの質の担保できない。

当院で診療を受けていた患者の介護施設転院後の連携はとっているが全例ではない。当院受診歴のない介護施設入所者の治療・緩和ケア・看取りについてはまだ取り組めていない（地域で担当している訪問診療医との連携は図っている）

MSWチームが主となっており、緩和ケアチームに介入していなければ対応していない。また、地域連携のカンファレンスをしたいが時間が取れない。

COVID-19による影響

コロナ感染が終息していない時期での取り組み方。

コロナ前まで様々な会合を持っていたが、感染対策上や介護施設の多忙もあり開催が難しい。ネット会議も通信状況が安定しないなどの困難がある。当施設の在宅センターは、地域の訪問診療医との連絡・勉強会を企画・参加している。今年度は、二次医療圏で訪問診療を行っている在宅医による病院勤務者に対する研修会を開催予定

以前より介護従事者向けの研修会を企画しており、疼痛管理や看取りのケアなど介護施設の要望を組んで取り組んでいたが、コロナ化で休止していたこともあり、今後はコロナの状況をみながら再開していく。

人員配置やリソースの影響

原疾患に対応する診療科の人員・体制への影響が懸念される。また、全診療科とも高齢者診療に習熟しているとは言えず、混乱が予測される

マンパワーが足りません。

精神的治療をせず、今後進行が考えられる高齢患者については、早めに主治医から連絡をしてもらい、受け入れ先施設や緩和ケア病棟などの情報提供を行っている。看取りができない施設からほかの施設や病院へ移ることを拒む患者・家族がおり難渋することがある。

大学病院であるため、若年性がん患者も多く受診されているため、高齢がん患者と線引きして強化することが難しい。大田区は地域連携は発達している。ただし、緩和ケア病棟の不足があり、近隣の川崎市にお願いすることが多い。

介護施設との連携体制の未整備

当院及び他院実施する多職種連携カンファレンスに参加してはいるが、体制としては充分とは言えない。

介護施設担当者との連携が不十分

対象となる介護施設の選定に困る 介護支援員との連携は協会などを通じて行えるが、施設との連携となると実際は難しい。

介護施設のニーズ把握が難しい

介護施設等のニーズ把握が難しい

後方連携先として介護施設と連携することがほとんどなく実態が全く分からない状況である。現状調査から行う必要がある。

具体的な取り組みがイメージできない

具体的に何をすればよいのかよくわからない。

現在での患者によっては連携をしているが、体制整備というのがどの程度のものを求められているのかがやや不明確である。

21. 新指針p10「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保すること」について、貴施設での取り組み内容や工夫されていること、困りごとがありましたら簡単にご回答ください

工夫していること

定期的なカンファレンスや勉強会の開催

新型コロナウイルス感染症拡大防止に鑑み、入院病棟等への面会制限実施中であり、オンライン形式（Zoom）にて、顔の見える連携を図っている。

在宅医療サポートセンターでのWEBカンファレンスなどの取り組みを緩和ケアへも広げているところ。

オンライン上で緩和ケア病棟を持つ地域の医療機関と月に1回地域連携カンファレンスを開催中である。在宅支援診療所とも在宅移行前後にカンファレンスを開催している。

もともと週1回院外の医療機関と合同検討会を行っていたが、コロナ禍でオンラインでの月1回情報共有を行っている。

オンライン開催

地域の基幹病院で緩和ケアチームを有する病院とは定期的に多職種カンファレンスを開催し情報共有・症例検討を行っており、当院から在宅診療を依頼した場合は、定期的に訪問看護師、ケアマネージャーなど連絡を取り合い、患者・家族の情報共有を行い、疼痛管理、家族ケアなど支援方法についての相談も多く、緩和ケア相談として対応している。患者の経過や家族の情報がタイムリーに把握できるように、在宅チームとがん診療拠点病院との情報共有のツールとして、ICT化を進めるために、双方向で情報共有できるツール「あじさいネット」の活用・推進してもらうように、医師会を中心に協議している。

緩和ケアセンターのホームページで広報しているが、実際の相談はほとんどない。緩和ケア地域連携カンファレンス（1回/月開催）の事例検討がその機会として活用されている。

緩和医療地域連携カンファレンスを定期的に行っている

在宅ケアネットワークを1回/月開催（現在はコロナ禍のため休止中）

地域の在宅を含めた医療機関とのカンファレンスを定期的に行っている

地域の在宅療養支援診療所(現在1診療所)と2週間ごとの定期的なウェブカンファレンスを行っている。

訪問看護師の緩和ケアチームカンファレンス（情報共有目的）

毎月緩和ケアセンター主催で勉強会&カンファレンスを開催しており、情報を流すと共に相談受け入れ窓口として広報している。直接相談電話が入るときもあり、相談に応じている。

毎週、在宅診療所とカンファレンスを行い、症例検討を行っている。

緩和ケアチームに地域の先生にも入っていただいて、カンファレンスを一緒にしている

週1回の緩和ケアカンファレンスに参加（在宅医）

地域のホスピスや小規模の病院の緩和ケア提供者と定期的に連携会を持っている。

毎月の緩和ケア勉強会の講義のあとに症例相談を受けているが不十分。慢性的な困り事については緩和ケア地域カンファでリクエストを受けてテーマとして取り上げ共有している。

地域の各施設を訪問し、連携を深めていく予定です。

地域の訪問診療を担う医師が、非常勤医師として在籍し診療日にケースカンファレンスを実施している。

定期的な症例検討会や研修会の開催

2～3月毎に緩和ケア症例検討会を開催し、症例を持ち寄って議論している。

在宅医や訪問看護師等と定期的に勉強会を開催している。県とも今後相談予定。

松本市緩和ケア連絡協議会で定期的にネットワークづくりや事例検討会・ミニレクチャーを行っている

随時、紹介状を受け付けている。症例検討会を月1回行っている。

地域がん診療連携拠点病院として担当する能登地区と連携強化の研究会を定期的に行っている

地域の緩和ケア研究会やオンラインセミナーを通じて情報交換を行っている。
連携セミナーや地域の研究会等で顔の見える関係を構築している
在宅ワーキンググループを作ったので具体的に運営していく予定
電話やメールを活用した随時相談対応
外来診療、登録医師からの直通スマートフォンによるコンサルテーション
医療スタッフ対象の緩和ケアに関する相談窓口は、メール、FAXにて対応できるようホームページに載せている。緩和ケア病棟を希望された患者を担当している診療所とは、定期的なカンファレンスまたは臨時でカンファレンスを開催し相談できるようにしている。
不定期だが、相談員にがん患者の病状や生活状況の連絡が入り緩和ケアチームで共有している。
日時を定めてというよりも必要に応じて柔軟に連絡・相談を受ける体制をとっている。
突発・緊急相談も多く、定期ではなく随時、メール・電話での相談を受け付けている。コロナ前は県内の訪問看護・訪問診療所・ケアマネ・薬剤師などと定期勉強会や会合を持っていた。現在はコロナ診療で診療所も忙殺されており、定期会合は難しい状況。コロナ対応激化で訪問診療を縮小・新規受け入れ中止した診療所もある。
定期的とは言えないが、密に連携している施設とは、別患者を相談時に情報が入ってくる。
定期的ではなく、随時受付している現状
定期的ではないが、無条件にいつでも対応している
先方の事情から質問やアドバイスなどを24時間365日、随時受け入れている。
個別の医師と症例毎にメール等で連絡を取り合っている。
具体的な内容については検討中。個別の事例に対しては随時受け付けている。
患者に応じて対応
いつでも相談できる体制をとっている
緩和ケア専用PHSでいつでも相談に対応している。近隣の地域がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケア医と毎週1回オンライン会議で連絡相談を行っている。
在宅療養支援診療所とは定期的に行うまでもなく頻繁に連絡、相談のやり取りを行っている。
クローズ型SNS（メディカルステーション）を使用して、連携した施設と連絡がとれるようにしている。（まだまだ症例は少ないが）
退院前カンファレンス時や診療情報提供書や看護要約などに、退院や転院後、緩和ケアチームで地域コンサルテーション可能であることを周知している。
相談を受け付けるためのメールアドレス、電話対応窓口を開設している。
週日9時～15時で緩和ケアセンターが電話相談を受けている。
緩和ケアホットラインで相談できる体制を確保している
緩和ケアチームでは実施していないが、緩和ケア病棟においては連絡を取れる体制が確
緩和ケアチームダイレクト携帯電話で24時間対応しています。
アウトリーチ活動
月に一度アウトリーチしている病院がある
近隣の訪問看護ステーションの会議に定期的に参加し情報の共有を図るようにして、そこでの情報を基に裾野を拡大する予定
相談窓口の整備
地域医療連携室の看護師が連携・調整役の窓口となり、連絡・相談を受けている。
地域医療連携室が行っている
地域の様々な施設からのがん患者さんの相談や連絡はがん相談支援センターが窓口となり、個々の問題にきめ細やかに対応できるようにしている。

<p>当院では地域の緩和ケアの一元化を目的に緩和ケア推進センターを設立しました。緩和ケアに関する情報を効率よく提供し、患者さんの治療へスムーズに繋げることができるよう体制を強化しています。</p>
<p>地域の医療機関からの相談を地域連携室で受け、緩和ケアチームで対応している</p>
<p>相談窓口を設置している。</p>
<p>相談窓口をがん相談支援センターに医療ソーシャルワーカーや看護師を配置し相談をスムーズに受けれる体制づくりを行っている</p>
<p>相談支援センターを窓口連携している</p>
<p>相談支援センターのMSWが調整している。医師の間での直接の連携は難しい。</p>
<p>相談のための専用ダイヤルがあり認定看護師が対応している。近隣の医院からは、気軽に麻薬の増量や患者の症状に関する相談があり当院の医師に確認後、解答している。</p>
<p>緩和ケアセンターを窓口として適宜対応している。</p>
<p>患者支援センター、緩和ケアチームで取り組んでいる。</p>
<p>がん支援センターと連携している</p>
<p>地域連携の窓口である患者支援センターに地域からの連絡窓口を統一し、患者支援センターを通じて緩和ケアチームが連絡を受けられる体制を作っている。</p>
<p>定期的な委員会等の開催</p>
<p>毎月の委員会で他施設職員と意見交換をしている</p>
<p>緩和ケア委員会への出席</p>
<p>定期的な地域における緩和ケア部会を実施し、活動報告や連絡・意見交換をおこなっている。</p>
<p>地域緩和ケア連絡協議会を開催している</p>
<p>リストなどのツールを用いた情報の一元化</p>
<p>非拠点病院の緩和ケアに関する連絡窓口を明確にリスト化し、連絡が取れる体制を確保している</p>
<p>地域の医療機関や行政の代表者により構成される緩和ケア向上プロジェクトチームで連絡・相談が可能なコンサルテーションリストを作成し、定期的ではないが活用している</p>
<p>どこでも連絡帳を用いて、患者の状態等において情報共有を行っている。</p>
<p>困りごと</p>
<p>相談窓口の体制整備の構築</p>
<p>実際には受け入れているが、受け入れることを公表はしていないため、今後体制を確保することが課題である。</p>
<p>地域におけるコンサルテーションの方法については検討する必要がある</p>
<p>個人的に連絡は取れるが、組織としての体制ができていない</p>
<p>他の地域がん診療連携拠点病院からの相談も比較的頻繁にあり、また病診連携で協働する開業医師からも、治療法や薬物療法の投与量等について頻繁に相談を受けている。これを定例化するよう、現在体制を構築中である。</p>
<p>メールでも相談が受けられるよう準備中</p>
<p>MLがありますが、今後地域でより具体的なニーズを把握していく予定です。</p>
<p>定期的な相談対応体制の難しさ</p>
<p>連絡、相談は随時対応しているが定期的に行う体制は確立していない。</p>
<p>病院として随時相談を受け、必要時に緩和ケアチームにつなげている。定期的な機会は設けていない。</p>
<p>必要時は、担当患者の情報提供や相談を行いながら連携しているが、定期的な連絡体制はとっていない。</p>
<p>必要時に個別に連絡を取っている状況で、定期的な連絡や相談を受ける体制を整えられていない。どのような体制が望ましいのか検討することから始めたい。</p>
<p>適時連絡・相談を受け付ける体制にあるが、定期的な場を設けるなどはしていない</p>

定期的に開催するよりも随時対応したほうがニーズに速やかに対応ができるため、定期開催がよいのか悩ましいところ
今のところ、適宜、連絡相談を受けているが、定期的ではない。
随時行っているが定期的ではない
ソーシャルワーカーを通じて連絡は来ているが、定期的には行っていない。現在、コロナが落ち着いてきており、訪問診療医師との連絡会を検討している。
時間・マンパワー・リソースの不足
在宅リソースが不十分
同医療圏の全介護施設なのか、どの施設を対象にするのか線引きが欲しい。
地域連携機関、在宅支援診療所との定期的なカンファレンスで連絡相談を行っているが、地域が限定されており、拡大していく必要がある。
定期的に連絡・相談を受けるためにはまったく人と時間が足りません。しかし、取り組めるように門戸は常に開いております
不定期での対応はあるが、定期的な体制確保となると時間やマンパワーの課題がある
マンパワー不足、日常診療との両立が難しい。
同一の患者を診ていたのであれば、該当する患者について相談を受けられるが、一般的な知識以外の個別の患者の相談をされるのは負担が大きい。
周知方法などの課題
緩和ケアセンターが窓口となり、地域から連絡、相談を受ける体制を確保している。しかし、相談の連絡をいただく医療機関は限定的で相談できる窓口がなくて困っているという声もあり、広報等の工夫をしていく必要性を感じている。
拠点病院間、在宅支援診療所との間などで定期的に話し合いの場を持っているが、具体的な相談に至らないこともある。
いくらでも連絡・相談を受け入れたいが、実際には連絡は来ない。もっと広報が必要かもしれない。
必要があれば問い合わせにはオープンですが、その必要性なく過ごされていると思われます。
対応数が少ない。周知方法が課題である
現状ではチームへの相談がなく経過していること。
緩和に関する連絡、相談は少ない。
COVID-19による影響
以前は緩和ケア勉強会（月1回）後に、地域の医療機関や在宅医・訪問看護と事例検討をしていたが、コロナになって中断されている
本来は対面で行いたかったが感染対策上の問題で実施タイミングが定まらず実現が困難となっている。オンラインでの検討会を企画中。
体制整備への不安・疑問がある
どのようなツールを用いたらいいか（特に医療情報の扱い）
体制確保の取り組みで、個人情報の厳格な取り扱い方法と相談を受ける院内体制について調整中
指針の示す「体制」の具体例がなく、許容される範囲が不明瞭である
「定期的」としている意図がわかりません。「必要に応じて」では？
体制確保の取り組みで、個人情報の厳格な取り扱い方法と相談を受ける院内体制について調整中
具体的な取り組みがイメージできない
指針の示す「体制」の具体例がなく、許容される範囲が不明瞭である
「定期的」としている意図がわかりません。「必要に応じて」では？

<p>24. 新指針p4「地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること」が示されています</p> <p>取り組み内容や工夫されていること、困りごとがありましたら簡単にご回答ください</p>
<p>工夫していること</p>
<p>地域単位の会議体の開催</p>
<p>2次医療圏の分科会として、各病院の取り組みや課題について年5回定例会を開催している</p>
<p>がん相談支援実務者会議／緩和ケア看護師実務者会議（緩和ケアリンクナース養成研修）</p>
<p>会議というよりもカンファレンス開催という形で、誰も参加できるようにしている。必ず出席したい方には案内はでしている。</p>
<p>管理者は都道府県協議会で年2回程度会合しており、実務者は緩和ケア・教育研修部会として年2回程度別日程で会合している。</p>
<p>緩和ケアセンターが主催する地域緩和ケア連携カンファレンスを今年度からWEBで実施している。</p>
<p>区西部緩和ケア連携推進事業など</p>
<p>区西部緩和ケア連携推進事業に参加し、定例部会への参加、年1回の冊子作成や都民フォーラムを開催している。</p>
<p>県が中心になって作っている</p>
<p>県下の管理者・実務者がチームを組んで参加する緩和ケアPDCAという会議体があり、活発な情報共有が図れている</p>
<p>県内の緩和ケア専門部会で議論できる。今年度は緩和ケアチーム研修を開催し、多職種の実務者間での議論ができた。引き続き継続したい。</p>
<p>香川県の緩和医療部会の下部組織として、県内の拠点病院間での会議を定期的で開催している。管理者が実務者と兼務している施設が多い。</p>
<p>在宅連携クリニカルパスを作成し、その運用をとおして実際の評価を共有するなど定期的な話し合いを継続して行っている。</p>
<p>自施設の「がん地域連携推進委員会」（他職種参加）で、がん患者の地域連携について地域の医療者と議論を始めています。また、今年から緩和ケア連携調整員も共に活動を始めています。</p>
<p>青森県がん対策協議会緩和ケア部会では、県内の拠点病院、推進病院、緩和ケア病床を有する病院の管理者と実務者が一堂に会して緩和ケアに関する課題を協議している。また、がん地域連携推進委員会を設けて医療圏内の自治体病院、有床病院、各職能団体、行政が協議している（去年はオンライン）。</p>
<p>地域における相談支援・緩和ケア部会は定期的に多職種や管理者・実務者参加で実施している。</p>
<p>地域の医療機関や行政の代表者により構成される緩和ケア向上プロジェクトチームで、地域の緩和ケアにおける問題点を抽出し、問題解決に向けて活動している</p>
<p>都道府県拠点病院が主となり、会議が開催されている</p>
<p>当院で事務局を担っており、定期的に世話人会や定例会を開催し討議している。</p>
<p>南河内二次医療圏内で各職種間で部会がある。</p>
<p>年に1回地域における緩和ケアの活動計画を適宜管理者・実務者も含めて多職種で相談する会があります。</p>
<p>北九州緩和ケアネットワークの病院会員であり、緩和ケア科医師が幹事に就任しており、医師、看護師、薬剤師ほか多職種が研修会に参加しており、地域連携体制を構築している</p>
<p>北信がん診療緩和ケアネットワーク代表を拠点病院院長とし、多職種・実務者による世話人会を月に1回定期的で開催し連携体制について協議を行っている。</p>
<p>北多摩南部医療圏（4医療機関）で年2回会議を設けている。</p>

毎週1回オンラインにて地域の緩和ケア病棟、在宅緩和ケア医、訪問看護ステーション、薬局などとも話し合いを行っている。兵庫県がん診療連携協議会緩和ケア部会の中に、IVR・神経ブロック・放射線治療のワーキングがあり、定期的に会議を行い地域の課題に取り組んでいる。
医師、薬剤師、看護師の多職種で組織された緩和ケア委員会を設置し、緩和ケアの対策に関すること、緩和ケアの職員研修に関すること、緩和ケアマニュアルの作成に関すること、緩和ケアに係る調査報告に関すること、その他緩和ケア問題に関することを審議している。
定期的を開催している
定期開催の他、必要時に随時開催されている。
ワールドカフェ方式で開催して、気軽に話せるようにしている
オンラインで開催している
実務者が出席する会議体では、県内の緩和ケア研修会の実施状況・受講率を調査し、改善に努めている。また、開催日程の調整を行っており、開催時の感染防止策についても議論している。管理者が出席する会議体において、上記会議内容を報告している。
相談支援センターが中心に取り組んでいる
定期的な症例検討や勉強会の開催
・防府地域緩和懇話会を一月ごとに開催し、症例検討を行っている。
会議体と言えるかどうかはわかりませんが、半年に一度連携研究会が地域連携部門により開催されています。
各施設での困りごとなどを話題にするようにしている。
各施設の管理者が参加する事のメリットはあると思うが実現は難しい。実務者の会を通じて教育研修を企画し、現状や課題の共有、検討をして協力・協働に努めている。
看護師・看護ステーション間の地域連携をテーマとした勉強会が活動している。また、病院主導ではない、訪問医・訪問看護・調剤薬局・ケアマネらの交流するネットワークがコロナ以前からあり病院勤務者も参加してきた。それらの人的つながりの上に今年は日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会in奈良が開催された。
在宅緩和ケアモデル事業の事例検討会が月1回開催されており、意見交換等を行っている。
症例検討会を定期的に行い、また、こうしたがん診療連携拠点病院の要件についても協議している。
地域がん診療連携拠点病院として担当する能登地区と連携強化の研究会を定期的を開催している
地域の医療機関を交えて定期的に「みんなの緩和ケア勉強会」を開催しており、多職種が議論する場を設けている
地域の緩和ケア研究会やオンラインセミナーを通じて情報交換を行っている。
・月に一度、院内で緩和ケア症例検討会行っており、情報共有を行っている。
緩和ケアセンター会議として月1回、他部門のメンバーが集まる会議を開催している
実務者が正しい知識を持てるような研修会内容の検討
直接管理者へ相談することが容易にできること。
ピアレビューの実施
がん診療連携協議会の部会の活動で、施設間のピアレビューの計画がある。
個別カンファレンス開催時に関係機関の多職種に来院していただき課題を共有している。
ピアレビューの実施
困りごと
COVID-19による影響
コロナで、対面の集会ができずに、この数年は対面では開かれていない。
コロナで会議が中止されている。
コロナのため中断中
コロナ渦のため開催に至っていない

<p>コロナ禍で開催そのものが難しい。</p>
<p>新型コロナウイルス感染拡大防止のため、現在開催できていない部分がある。</p>
<p>新型コロナ感染症のため、予定していた準備のための訪問ができていません。</p>
<p>地域医療連携懇談会という形式で開催していたが、コロナ禍にて開催はできていない。</p>
<p>緩和ケア部会があるが、コロナの影響もあり開催がされず、公で議論する場はなくなっている。以前はピアレビューなど行っていたが、可能な範囲で再開できたらよいと思う。</p>
<p>区西部緩和ケア連携推進事業運営会議が定期的で開催され、当院も参加している。新型コロナウイルス感染症の流行の影響で、この数年は対面でディスカッションできる機会が減ってしまい、顔の見えるつながりがやや希薄になってしまっている。</p>
<p>公式な会議体の設置の課題</p>
<p>緩和ケア合同症例検討会の場を活用し、地域で問題となっていることなど共有・検討する場を設けており、検討会には地域の基幹病院や在宅支援診療所、介護施設、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、行政など地域を支えて頂いている従事者が参加されるため、様々な問題に対して対応策を考えている。しかし、「在宅診療を担う医師不足により、在宅看取りが推進できない。」など、地域や組織レベルで考えていかないといけない議題も多く、管理者と一緒に参加できる協議体があれば、効率的な運用につながると考えており検討している。</p>
<p>実務者間では研究会などを通して最近はWEBが主だがコミュニケーションはあるが、管理者が協議するような会はない。大掛かりになるとそれなりにコストがかかると思うが、どこが負担するのかわからない。</p>
<p>地域の施設等との協議の場がない</p>
<p>情報共有や役割分担などについて検討する地域の多職種が参加する場は設けているが正式な会議体としては設置していない。</p>
<p>地域緩和ケアカンファレンスにて在宅チームとの協議は行っているが、会議という形のものはない。</p>
<p>定期的な開催が難しい</p>
<p>日程調整が困難です。</p>
<p>同一保健医療圏内に3つのがん診療連携拠点病院があり、当院近隣地域との連携とあわせて他の2院との連携・調整が必要。</p>
<p>管理者をどのように巻き込むかが課題である</p>
<p>継続することが難しい</p>
<p>人員不足。</p>
<p>先に施設として地域連携体制強化の構築に向けて動き出している。すでに職種毎の連携会議や行政の多職種部会等が数多くあるため、現状では問20以外に緩和ケア主体で働きかけにくい状況がある。今後の課題としている。</p>
<p>がん診療連携協議会の中に研修連携部会緩和ケア小委員会を設置してあるが活動が活発ではない。</p>
<p>体制整備への不安・疑問がある</p>
<p>当院主体のものではなく、地域での取り組みがあっても案内が来ていないので、横のつながりが薄い。取り組む時間の確保が課題。コロナ禍でWebで行う場合、情報量の限界や個人情報保護の障壁をどう乗り越えるかに難渋している。</p>
<p>具体的にどの様な会議体が求められているのかが不明で取り組みにくい。</p>
<p>地域とは県全体もあてはまりますか？各医療圏域のみに関することでしょうか？研究会、研修会という名目で情報共有している場も含めますか？</p>
<p>体制整備への不安・課題あり</p>
<p>当院主体のものではなく、地域での取り組みがあっても案内が来ていないので、横のつながりが薄い。取り組む時間の確保が課題。コロナ禍でWebで行う場合、情報量の限界や個人情報保護の障壁をどう乗り越えるかに難渋している。</p>

具体的な取り組みがイメージできない

具体的にどの様な会議体が求められているのかが不明で取り組みにくい。

地域とは県全体もあてはまりますか？各医療圏域のみに関するのでしょうか？研究会、研修会という名目で情報共有している場も含めますか？