

2025年度 地域緩和ケア連携調整員フォーラム

地域の取り組み紹介 —熊本県—

地域がん診療連携拠点病院の立場から

JCHO人吉医療センター

医療福祉連携室・がん相談支援センター・緩和ケアチーム

南 秀明

本セッションの内容

- ① 担当医療圏(熊本県人吉・球磨、えびの、伊佐地域)の概要
- ② JCHO人吉医療センターの紹介
- ③ 担当医療圏の課題
- ④ 目指す地域像
- ⑤ 地域緩和ケア連携調整員(チーム?)の動き
- ⑥ 取り組み : 顔の見える関係づくり・体制づくり・地域づくり
- ⑦ 地域づくり: 今後について活動継続

担当医療圏の概要(熊本県人吉・球磨、えびの、伊佐地域)



人吉・球磨の人口:約8万人

※えびの・伊佐市など隣県を含め、約12万人

医療機関総数 113 / 病院数 21 / 診療所数92(有床数22)

病床総数 2239床 / 一般診療所:92(有床診療所:22) /

在宅療養支援病院:4 / 在宅療養支援診療所:17

在宅療養後方支援病院:1 / 在宅療養支援歯科診療所:14



訪問看護ステーション: 25

在宅患者訪問薬剤管理指導薬局: 53

介護施設総数 356

訪問型介護施設数 86

通所型介護施設数 91

入所型介護施設数 84(定員2,342人)

特定施設数 3(定員78人)

居宅介護支援事業所数 64

福祉用具事業所数 24

JCHO人吉医療センターについて



●人吉球磨地域の中核病院

●252床 / 診療科28 / 職員577名

●地域医療支援病院、

●救急車搬入 2296台/年

●手術 2379件

❖年間退院数 約6,000人

❖平均在院日数 12日(2024年度)

●地域がん診療連携拠点病院として

❖手術、化学療法、放射線治療、ハイパーサーミア、高気圧酸素

❖がん相談支援センター、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟

❖「私のカルテ」を導入し、登録医240余名と連携

❖年間がん登録者 約730人 ・担当医療圏の割合:84%

❖在宅看取り 30人

担当医療圏の課題

- ・地域包括ケアシステム：「がん」も多くの疾患のうちの一つ
(緩和ケアに特化した地域づくりは困難)
- ・院内・外の緩和ケアに対する理解がない
- ・医師はじめ地域の医療従事者の不足
(地域緩和ケア連携調整員となり得る人材も同様に不足)
- ・緩和ケア可能な機関・施設等の不足
- ・地域緩和ケアの共通目標がなく、継続的に引き継がれない
- ・患者の基礎情報や意思表示などが共有されず、ACPも進まない

目指す地域像

『患者・家族が希望する療養先が
用意されている地域』

地域緩和ケア連携調整員(=チーム?)の動き

- ・顔の見える関係づくり
- ・体制づくり
- ・地域づくり

地域緩和ケア連携調整員の動き

顔の見える関係づくり

- 院内がん診療拠点病院運営委員会
相談支援部会、緩和ケア部会など**チームづくり**
- 会議企画や既存の**取り組みの活用**
地域緩和ケア連携研修会／出前講座／在宅症例カンファレンス／保健所との視察
- 在宅診療の活動を通して／開業医訪問

体制づくり

- 既存の**取り組みと連動**
 - ・地域在宅医療サポートセンター／在宅医療・介護連携推進事業
- 県全体の取り組みに参加**
 - ・地域緩和ケア連携調整委員会 / その他

地域づくり

- 情報共有ツールの作成・活用
 - ・意思表示シート・緊急連絡先
 - ・くまもとメディカルネットワーク・「くまハート」活用
- その他
 - ・ACPチーム活動
 - ・在宅緩和推進と普及啓発
 - ・今後について活動継続

顔の見える関係づくり

●院内がん診療拠点病院運営委員会

相談支援部会、緩和ケア部会など

→ まずは、チームづくり(地域緩和ケア連携調整チーム?)

※ 緩和ケアの理解が乏しい地域で異動など人材不足もあり、
個人として活動するには限界がある

●会議企画・既存の取り組みの活用

→ 院内のチームの輪を地域に広げるイメージ

地域緩和ケア連携研修会の企画

地域の在宅症例カンファレンス(開業医が中心に開催)

行政との連携(保健所など)

出前講座

顔の見える関係づくり: 院内の委員会・部会

JCHO 人吉医療センター

がん拠点病院運営委員会

化学療法
部会

がん相談
支援部会

緩和ケア
部会

Cancer
Board

(緩和ケアチームメンバー)

- ・地域緩和ケア連携調整員研修受講者: 緩和ケアDr、看護師長、がん専門相談員、MSW
- ・緩和ケア認定看護師、外科医師、リンクナース、薬剤師、リハビリ、栄養士、事務など

(活動内容)

緩和ケアチーム活動、地域連携緩和ケア研修会の企画・開催、在宅医療推進、院内外のカンファレンス開催・参加、緩和ケア病棟に関すること、

顔の見える関係づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

地域緩和ケア連携調整＝(緩和ケア)チーム活動として考えるべきは？

その中で地域緩和ケア連携調整員研修受講者＝調整員がリードしていくイメージ

●院内カンファレンス

→緩和ケア部会・緩和ケアチームを中心に、まず**院内**の緩和ケア**理解**を進める
※月1回の緩和ケア部会や毎週火・金の緩和ケアカンファレンスへの参加を通じてチームづくり

→院内の「**緩和ケア勉強会**」を緩和ケアセンター長(緩和ケアDr)や認定看護師、
リンクナース、薬剤師、栄養士、リハスタッフ、MSW、**がん専門相談員**らと
企画・実行(その中で**地域緩和ケア連携調整員**など周知)

→症例検討から**地域緩和ケア連携調整員**として
地域を見据えた課題共有を促す役割

※ **連携室職員**も参加＝既にネットワークを持つ

※ 時には**調剤薬局**の**薬剤師**へ参加呼びかけ



活動はすべて親委員会：がん拠点病院運営委員会の承認を得る

→ **各種予算**や**院内周知徹底**、**対外的な動き**の面で有効

顔の見える関係づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

院内のチームの輪を地域に広げる

● 地域緩和ケア連携研修会の企画・講師

- 緩和ケアチーム、緩和ケア部会の中で地域緩和ケア体制づくりを目的とした研修会の企画・運営を行う(ACP、麻薬処方、エンゼルケア、地域連携等テーマ)
- 地域の病院、クリニック、在宅医療・介護機関、市町村など連携室職員であるMSWがもつ地域医療機関(緩和ケア対応など)リストをもとに案内を出す
- 緩和ケアに関する症例・議題提起
- 参加者同士をつなぎ、課題を共有し
解決策を話し合う場となるよう働きかけ
- ※ 地域緩和ケア連携調整員をテーマに講義も行う



地域緩和ケア連携調整員の視点で関係づくりを促す

顔の見える関係づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

●地域の在宅症例カンファレンス(1~2回/月 開業医が中心に開催)



在宅医、介護事業所、病院、
市町村、保健所、消防など参加で課題の共有、
改善へ取り組める

= 既存のカンファレンスを活用
(地域の中心となる在宅医などをターゲット)

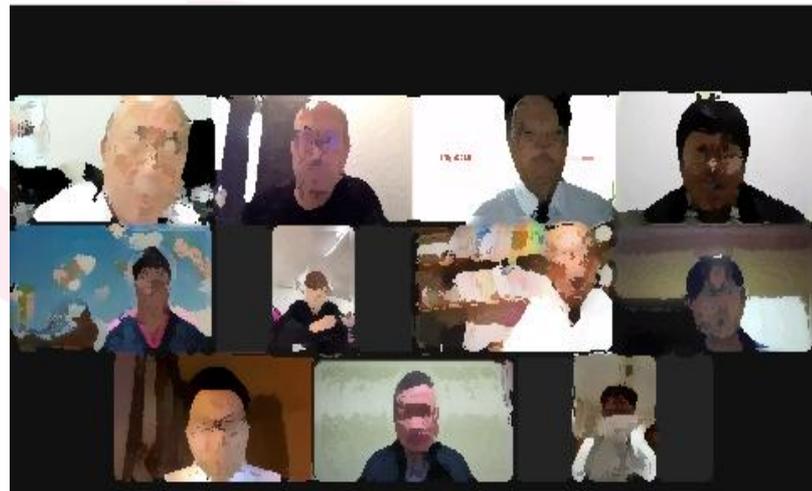
※連携室職員参加 = 既に持っているネットワーク活用

地域づくりの共通理解をもった
院内チームとして参加(緩和ケアDr、MSW・・・)

緩和ケアに関する議題提起や
地域緩和ケア連携調整員の周知を行う



参加できていない市町村などへ呼びかけ
(地域緩和ケア連携調整員として)



※ 在宅医同士の協力体制を相談し提案(もともと行われていた当番制を参考に)

顔の見える関係づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

●保健所との現場視察

「地域連携緩和ケア研修会」や「在宅症例カンファレンス」などで知り合った**保健所職員**と**院内チームメンバー**（緩和ケアDr、MSW）が在宅緩和の現場を同行訪問

→地域の各種会議や在宅症例カンファレンスで議題提起できる
仲間を増やす動き

★次のステップである
「**体制づくり**」を意識した動き



地域緩和ケア連携調整員がその目的に対して**意図的**に行う

顔の見える関係づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

●出前講座など

院内チームメンバー(MSW)が企画したり「在宅医療・介護連携推進事業」や「在宅症例カンファレンス」など通じて講師依頼を受ける

テーマ:ACP ※ もしばなゲーム

:在宅医療について / エンゼルケア など

講師:院内チームメンバー(地域緩和ケア連携調整員、MSWなど)

対象:地域住民、地域包括支援センター職員、介護職員

||

・ACPや在宅緩和、地域づくりに
関して医師会や住民、市町村職員、
介護職など参加者同士のつながりを
促進するテーマをレクチャーする

・実際にACPシート普及の場にもする



地域緩和ケア連携調整員がその目的に対して意図的に行う

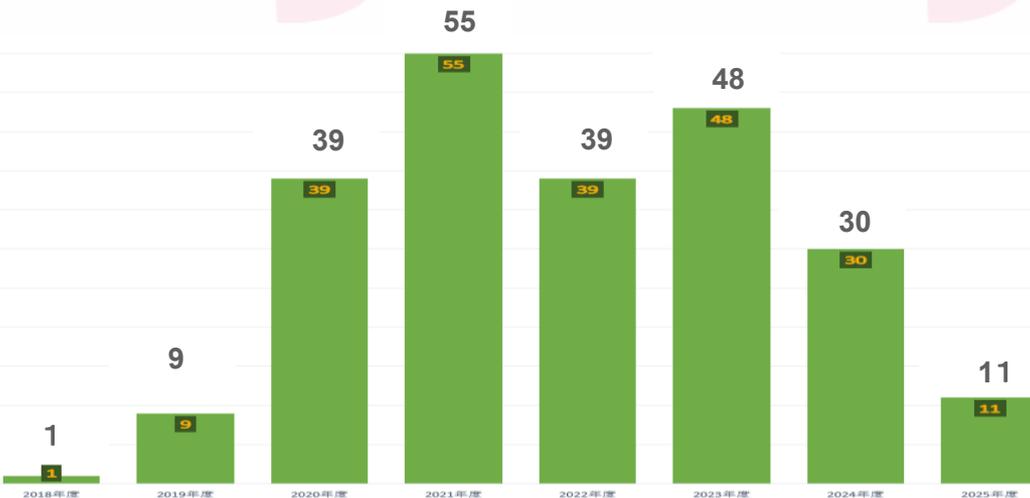
顔の見える関係づくり：在宅診療の活動を通して

●緩和ケア・在宅医療センター長＝緩和ケアDr（チームメンバー）

- ・訪問診療：在宅看取りなど積極的に行う
- ・緩和ケア病棟(バックベッドとしても活用)
- ・訪問看護ステーション(St)を併設



在宅看取り件数（月別）



地域の実情に応じて、**医師同士**が
協力し合う**関係**をつくっている
→それに伴い、**関係**する**医療・介護**
従事者も**連携**し、**チーム**の**輪**が**広がる**
／ **ICT**(KMN、バイタルリンク、
LINE WORKS等)**ツール**活用

地域緩和ケア連携調整員として目的に向けて意図的に行う

顔の見える関係づくり：在宅診療の活動を通して

●緩和ケア・在宅医療センター長、看護師長(チームメンバーとして)

- ・緩和ケア可能な訪問看護ステーション(St)を増やす

当院附属のSTで
ノウハウを蓄積

別の4ヶ所のST
にノウハウを伝承



(地域緩和ケア連携調整員研修会受講の師長が

Stへ異動／チームメンバーとして活動継続)

→1人の患者に2か所のSt介入・ノウハウ伝承

→地域づくりを意識した協力

- ・地域の薬剤師会で講演
- ・調剤薬局の薬剤師へ院内の
ケースカンファへの参加を呼び掛ける

在宅医療チームを分厚くしたい

看護師
医師

看護師
医師

薬剤師

ケースを通じて麻薬処方等について勉強し、
地域でも相談できる関係を築く

地域緩和ケア連携調整員として意図的に行う

顔の見える関係づくり：開業医訪問

●開業医訪問

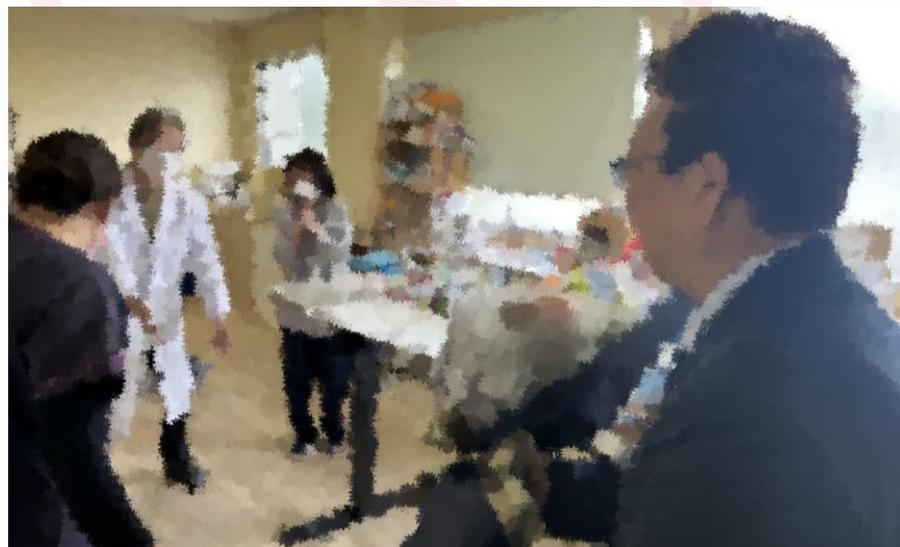
地域緩和ケア連携調整チームメンバー＝医療福祉連携室MSWが
院長やがん診療Drなどと人吉・球磨、伊佐市(鹿児島)、えびの市(宮崎)、
合わせて約90か所の開業医を訪問



連携についての要望や地域医療の
現状(緩和ケアへの対応の可否など)を
聴いたり、様々な取り組みへの理解や
協力を得る機会



院長やがん診療科の長、在宅医、
施設長などが直接、意見交換できる
関係づくり



地域緩和ケア連携調整員として意図的に行う

体制づくり

● 既存の取り組みや診療報酬と連動

- ・ 地域在宅医療サポートセンター
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業
- ・ 県全体の取り組み(地域緩和ケア連携調整委員会等)に参加
- ・ 地域の在宅症例カンファレンス

体制づくり: 既存の取り組みと連動

● 地域在宅医療サポートセンター／在宅医療・介護連携推進事業



医師会、行政の中心課題は
地域包括ケアシステム構築
:「がん」は多くの疾患のうちの一つ
(緩和ケアに特化した地域づくりについて
の理解がないのが現状)



・チームメンバーと医師会・市町村・保健所・介護事業所などの
代表が参加し、地域の医療介護問題を検討する既存の「連絡会」
(医師会長や市町村、保健所長などターゲットを決める)



地域緩和ケア連携調整員についての周知からはじめ、
緩和ケアに関する議題提起やタスクチーム結成を提案

体制づくり: 新たな取り組みと連動

● 医療福祉連携室の新たな取り組みを活用

令和7年月吉日

有床医療機関各位

JCHO 人吉医療センター
病院長 葉師寺 俊剛
医療福祉連携室

「病床空床共有及び災害時等の連携」について(参加登録のお願い)

拝啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は医療福祉連携にご理解と協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、各医療機関におかれましては病床の逼迫などベッドコントロールに苦慮されることがあるかと存じます。

そこで、日頃の病床状況の共有及び災害時等有事の際などを含め、地域全体で、患者受け入れ態勢についてツールを活用しベッドコントロールが円滑にできればと考えております。具体的には、日々の病床空床状況を随時入力していただければ幸いです。

LINE登録は下記QRコードからニックネームで参加できますが、代表1人名のみ参加の場合は「施設名」で、複数参加の場合は「施設名(名前)」で、必ず「所属」が分かるように参加登録をお願いします。

ご不明な点などございましたら下記までご連絡ください。

敬具

「人吉球磨県南圏域空床情報」QRコード

※「施設名」もしくは、複数参加の場合は「施設名(名前)」で参加登録をお願いします。



〈共有したい情報〉

① 施設名: ○○○○

② 空床状況: 一般病床●床、包括病床●床、○○病床 ●床

③ その他連絡事項:

※個人情報などは入力しないようお願いします

〈お問い合わせ先〉

医療福祉連携室 宮原・南
TEL: 0966-22-2191

LINEの活用にて**圏域内の医療機関と空床状況の共有**
日常的な相談や有事の際の連携
などにも活用



- ・ **チームメンバーである医療福祉連携室の職員が、医師会・各有床病院の院長・連携室などに訪問+TELにて趣旨説明し文書にて参加依頼(ターゲットを決める)**
- ・ **※緩和ケア対応などに関する情報も共有できるようにする**

体制づくり：熊本県全体の取り組みに参加

熊本県がん診療連携協議会

幹事会

がん医療の均てん化

がん看護
臨床実務
研修WG

がん
登録
部会

相談支援
情報連携
部会

緩和ケア
部会

放射線
療法
部会

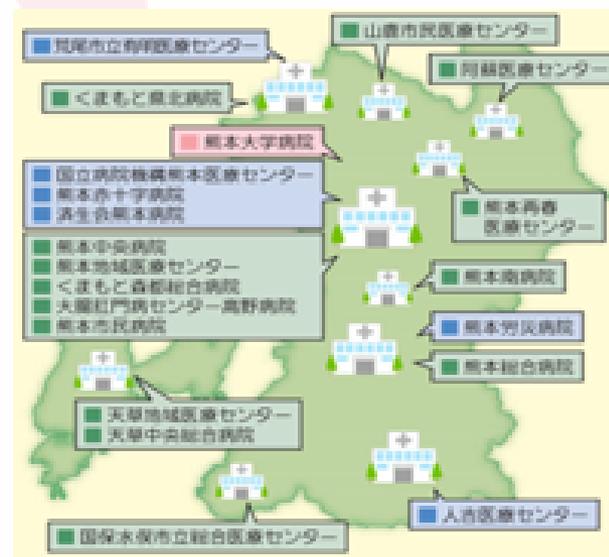
薬物
療法
部会

がん
診断
部会

PDCA
サイクル
推進WG

地域緩和ケア連携調整委員会を設置

- ・参加：地域緩和ケア連携調整員研修受講病院
(荒尾、日赤、済生会、労災、人吉、熊大)
- ・内容：研修受講報告、情報共有
課題解決に向けてWEBカンファ
全体での意見交換 など



体制づくり: 熊本県全体の取り組みに参加

● 熊本県・地域緩和ケア連携調整委員会

◇2022年度 熊本県地域緩和ケア連携調整委員会キックオフ

◇2023年度 熊本大学病院緩和ケアセンター特公開セミナー
・「地域緩和ケア連携調整員について」～緩和ケア連携の現状と今後～発表

◇2024年度 第1回熊本県地域緩和ケア連携調整委員会

- ・事例検討 「自分の病院に80万円の診療費未払いがある末期がん患者の終末期連携」
院内(医事課や外来、入退院支援担当者(MSW、Ns)、がん専門相談員、薬剤師、
栄養士、リハビリ、心理士、緩和ケアチーム)
院外(地域包括支援センター、社会福祉協議会、弁護士、社会保険労務士、ケアマネ
障害者相談支援専門員、心理士など)
→全人的視点で連携することなど発表
- ・国立がん研究センター「地域緩和ケア連携調整員研修意見交換会」の報告

地域緩和ケア連携調整員研修受講の病院間で事例や課題の共有、勉強会など行い、今後の活動についても話し合う

※ やはり地域緩和ケア連携調整員＝チームでは？との意見も出ている（地方の実情）

体制づくり: 熊本県全体の取り組みに参加

● その他

熊大病院を中心に県全体の取り組み

- ・緩和ケア研修会
- ・緩和ケアチーム研修会(熊本県健康づくり推進課/熊本大学病院)
- ・緩和ケアカンファレンス
- ・熊本緩和ケア web ラウンジ
- ・熊本県がん診療連携協議会幹事会相談支援・情報連携部会
- ・熊本県がん診療連携協議会幹事会緩和ケア部会
- ・私のノート/ACP フォーム/くまもとメディカルネットワーク
- ・熊本県内緩和ケア病床利用状況報告
- ・熊本県在宅緩和ケアマップ
- ・退院前カンファレンスの進め方マニュアル
- ・在宅ケア移行情報シートの活用

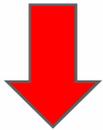
緩和ケアに関する県全体の動きを地域の各種会議の場などで地域や院内の取り組みへ落とし込み、活用・連動させる働きも担う

体制づくり: 熊本県全体の取り組みに参加

● 熊本県地域在宅医療サポートセンター連絡会

・県内の地域在宅医療サポートセンター事務局と県医師会や熊本県認知症対策・地域ケア推進課などの代表が参加し、地域の在宅医療推進について検討する「連絡会」

当院チームメンバーのMSW、地域緩和ケア連携調整員も参加し地域包括ケアとがん医療(緩和ケア)を繋げて検討することなど提案
他の参加者からも同じ様な意見が相次いだ



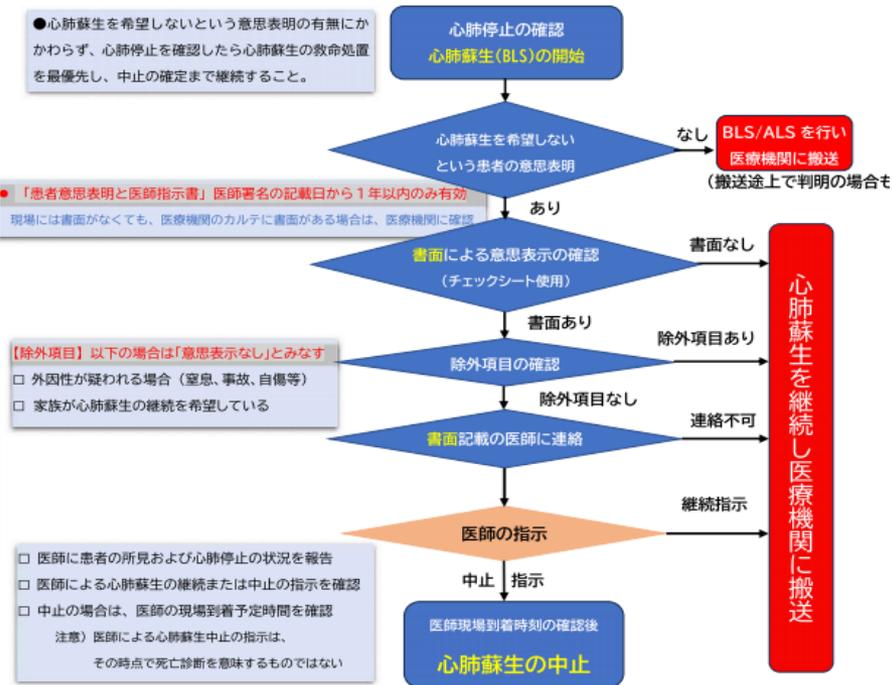
県のがん医療、熊本県がん診療連携協議会の相談支援会、緩和ケア部会などに係る熊本県健康づくり推進課の参加および認知症対策・地域ケア推進課との連携につき検討された



体制づくり：熊本県全体の取り組みに参加

● 熊本県地域在宅医療サポートセンター連絡会

心肺停止患者に対する救急隊の標準的活動プロトコール



医療機関への不搬送同意書(複写)

【伝える内容】

- 患者様のかかりつけ医から心肺蘇生を中止するように指示を受けました。
- 当該かかりつけ医が、現場にて患者様の応対を引き継ぐとの指示がありました。
- かかりつけ医の現場到着時間は、____月____日____時____分ごろです。
- かかりつけ医の到着が40分以上を要するため、救急隊は帰任します。或いは医師到着予定40分以内ですが、重篤事案等で緊急の出動を覚知したため、救急隊は別事案に出動します。

【関係者様記入欄】

- 次の内容を確認し、救急隊が帰任或いは別事案に出動することに同意します
- 下記患者様に対する心肺蘇生を中止すること
- かかりつけ医が現場に到着するまで、傷病者ならびに周囲の環境を可能な限り維持すること

- 患者氏名: _____
- 同意した本人の署名: _____
- 署名の日時: 西暦 _____
- 署名者(同意者)の連絡先住所
連絡先電話番号 _____
- 署名者(同意者)と患者との関係
□ 家族・親族 (続柄: _____)
- 施設職員 (施設名: _____)
- 後見人
- その他 _____

心肺蘇生に関する本人(あるいは代諾者) 意思表示と医師指示書

「本人(あるいは代諾者*) 意思表示」記入欄

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」という意思を表明しました。心肺蘇生を受けなければ生命維持できないことを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。

また、これらの指示は、私の意思でいつでも撤回できることを理解しています。

本人(あるいは代諾者) 署名: _____
署名年月日: 西暦 20____年____月____日
本人に代わり代筆した場合、代筆者の氏名 _____ 本人との関係 _____

代諾者署名の場合 本人との関係 _____

*代諾者とは、患者本人に意思決定能力がない場合に、本人に代わって、説明及び同意の手続きを医師等の相手方となる者である。よって、本人の推定意思を尊重し、最善の利益を図りうる者でなくてはならない。

「医師指示書」記入欄

当該本人が心肺停止となった場合、本人(あるいは代諾者)の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生を受けない」という表明を尊重し、心肺蘇生を実施しないでください。

この指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、本人(あるいは代諾者)と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

本人氏名: _____
生年月日: 西暦 ____年____月____日
住所: _____
連絡先電話番号: _____
病状の概要: _____

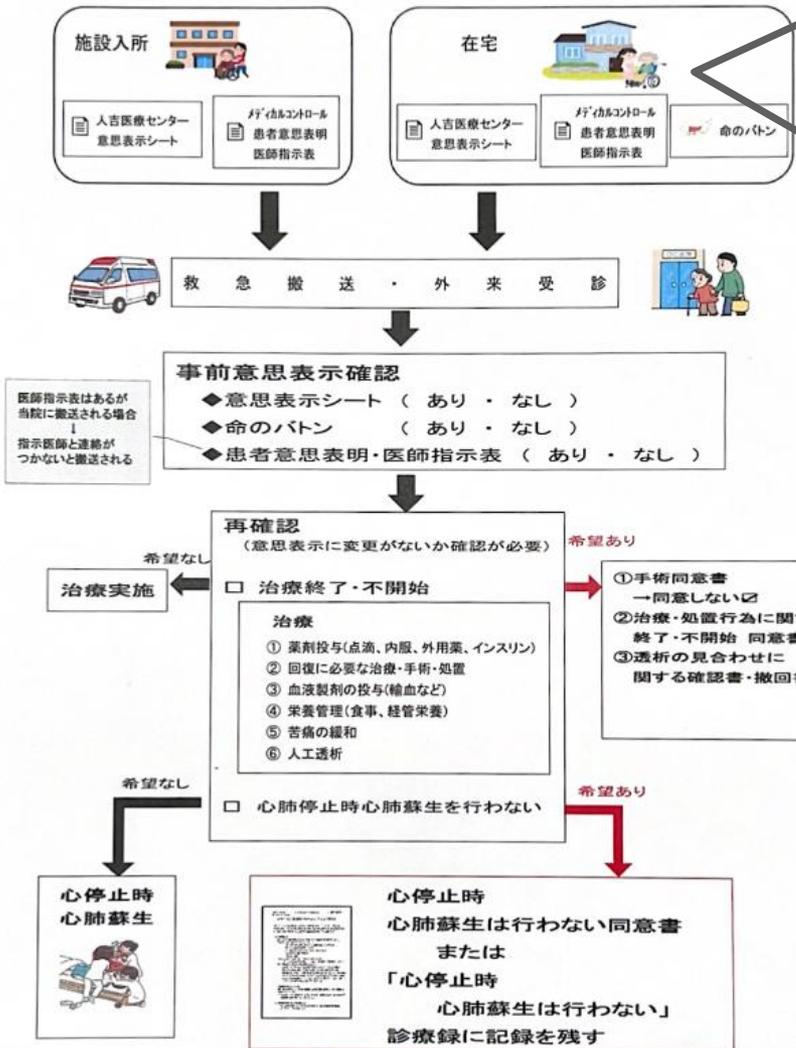
医師署名: _____
署名年月日: 西暦 20____年____月____日 ※
医療機関の名称: _____
医療機関の所在地: _____
連絡先電話番号 _____
(注) 医師は、必ず連絡がすぐに取れる電話番号を記入してください。

※この書類の有効期限は医師の署名年月日より1年間であり、1年毎の更新が必要となります。

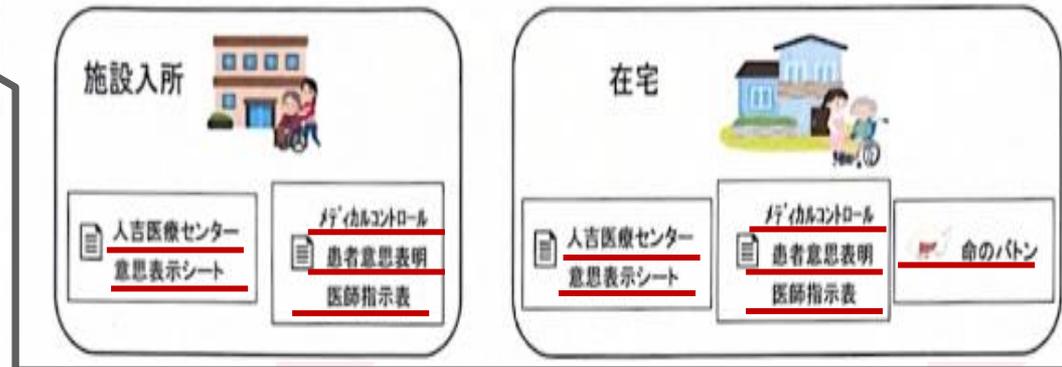
体制づくり: 熊本県全体の取り組みに参加

● 熊本県地域在宅医療サポートセンター連絡会 + 院内ACPチーム

人吉医療センター ACP 意思表示シート確認&入院後の治療・蘇生確認フローチャート



人吉医療センター ACP 意思表示シート確認&入院後の治療・蘇生確認フローチャート

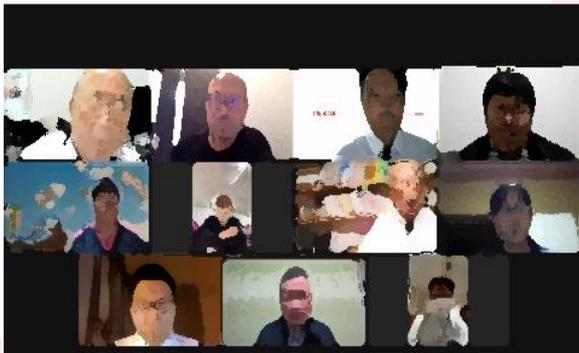


・**県の連絡会**の内容を受け、
院内のACPチーム(連携調整員、**医療安全、倫理チーム、医療福祉連携室、がん専門相談員**)で**フローチャート**作成

・**県の連絡会、各市町村**(**地域包括支援センター**)、**介護事業所**等へ**周知・徹底**

体制づくり：会議企画・既存の取り組みの活用

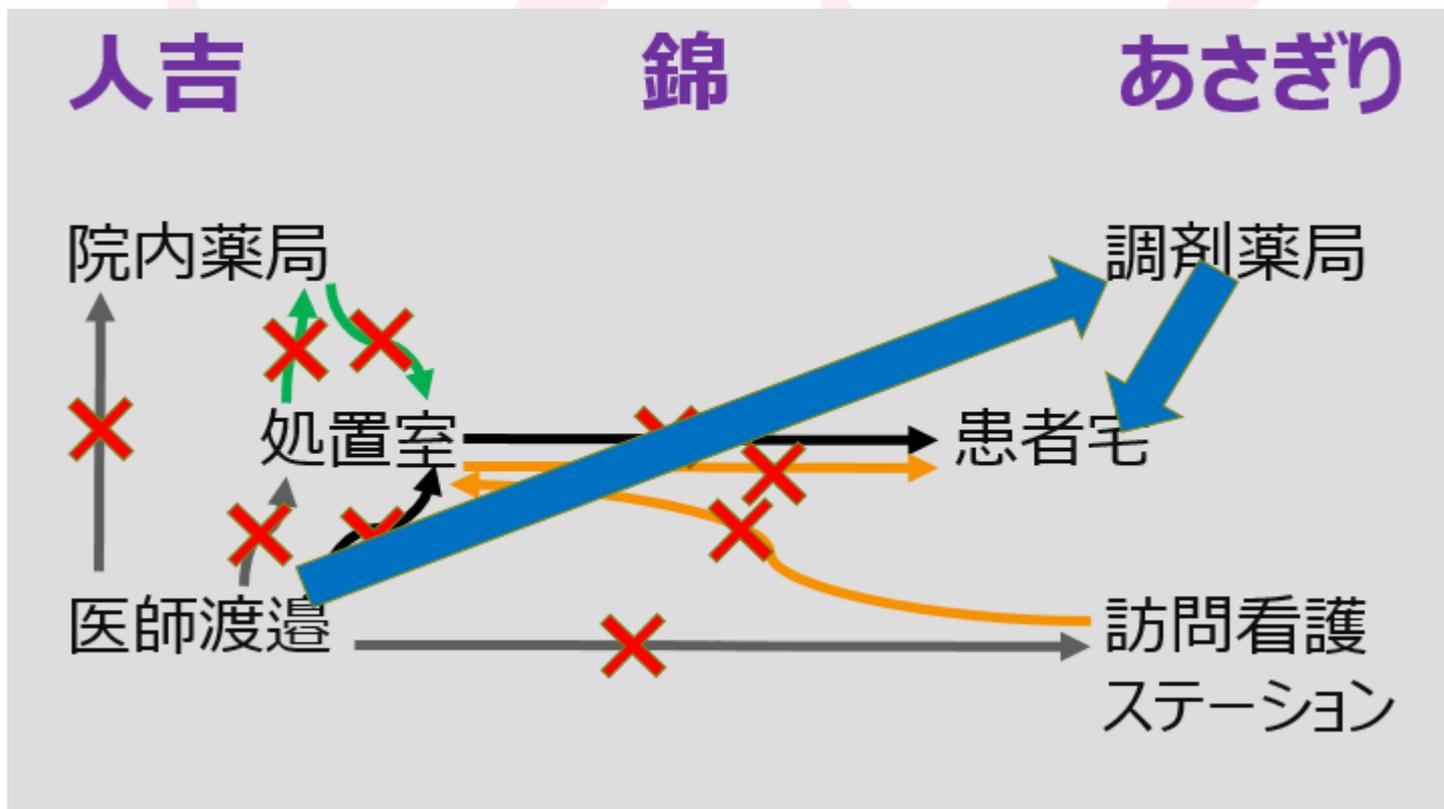
●地域の在宅症例カンファレンス(1~2回/月 開業医が中心に開催)



顔の見える関係づくりの場が
体制づくりのきっかけとなり得る

※調剤薬局なども参加

→在宅での点滴、法令上調剤薬局が出せない注射薬
処方箋を出して、直接、薬局から訪問するなど検討



地域づくり

- **情報共有ツールの作成・活用**
 - 意思表示シート・緊急連絡先
 - くまもとメディカルネットワーク・「くまハート」活用
 - 診療報酬と連動
- **その他**
 - ACPチーム活動
 - 在宅緩和推進と普及啓発
- **今後について活動継続**

地域づくり：情報共有ツールの作成・活用

●「意思表示シート」「緊急連絡先」

- ① チームメンバー(地域緩和ケア連携調整員、医療福祉連携室MSW)にて
→ 施設や市町村等へ「意思表示に関するツール活用状況」につきアンケート実施
→ シート作成
- ② 院内がん診療拠点病院運営委員会(親委員会)、緩和ケア部会、連携室会議などで承認
- ③ チームメンバー(MSW)にて実行
(施設・市町村等へ活用しくまもとメディカルネットワーク掲載を提案)

もしものとき

意思表示シート

記入日：(西暦) 年 月 日

① もしも、介護が必要になった時、どこで、どのように過ごしたいですか？
 家族など誰かに協力してもらい自宅
 家族に迷惑をかけたくない、家族が近くにいないので病院や施設
 施設が可能であれば入所中の施設 分からない・決めていない
 その他 ()

② もしも、治らないような病気やケガをした時に受ける医療やケアは？
 一日でも長く生きられるような積極的な治療を受けたい
 死期が早まっても、痛みや苦しみを和らげるための治療を受けたい
 期間を決めて積極的な治療を受けて、それからまた考えたい
 分からない・決めていない その他 ()

③ もしも、病状が進み、最期の時が近くなった場合に過ごしたい場所はどこですか？
 自宅 病院 施設 その他 () 分からない・決めていない

④ もしも、病状が進み、最期の時が近くなった場合に、これだけはして欲しくない医療行為があれば教えてください。
 (延命のための)、心臓マッサージ 気管挿管・気管切開 人工呼吸器の装着
 その他 () 分からない・決めていない

⑤ もしも、あなた自身が判断したり希望を伝えられることができなくなった時、代わりに判断して欲しい方はいますか？
 いる (名前： 経歴： 連絡先：)
 いない・決めていない

⑥ 上記について誰かと相談した場合は教えてください。
 家族 () 主治医 (先生) その他 ()

⑦ 医療や介護に対するご自身の今の考えや問題に伝えておきたいことなど、希望があればお書きください。
 ()

氏名： (生年月日： 年 月 日)
 代筆者： (経歴：)

※このシートは、くまもとメディカルネットワークで情報共有をさせていただきます。希望されない場合はお知らせ下さい。

【お問い合わせ先】 JCHO 人吉医療センター 医療福祉連携室 TEL：0966-22-2191 (代表)

救急医療情報

記入年月日 年 月 日

- この情報を救急時等に救急隊・医療機関等が活用することに同意します。
- 「救急医療情報」は、救急要請をした「その時」のご自身の情報が必要となります。持病やかかりつけ医、服用しているお薬など、時間経過に伴い変化が生じたものは、変更内容を記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。

基本情報

氏名			年 月 日生 (歳)
電話番号		携帯電話	
くまもとメディカルネットワーク参加登録		有 ・ 無	

医療情報

現在治療中の病 気	
過去の病気等	
服用している薬	お薬手帳 有 ・ 無
かかりつけ医 ※おおむね1年以内に受診歴のある病院	医療機関名： 医療機関名：

緊急連絡先 (家族・親族・福祉関係者・ケアマネージャーなど)

氏 名	姓 稱	電話番号	住 所

備考 (薬剤アレルギーなど、伝えておきたいこと)

()

更新日①	年 月 日	更新日②	年 月 日
更新日③	年 月 日	更新日④	年 月 日

※ ターゲット
 実施に前向きな施設や市町村から始めて、好事例をもって広める

※ 費用
 親委員会の承認を得て、がん診療連携拠点病院がん相談支援事業費や緩和ケア推進事業費などにて印刷代などに充当

地域づくり：情報共有ツールの作成・活用

● 意思表示シート(緩和ケアチーム・医療福祉連携室・がん相談支援センター)

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは？

もしもの時に備えて、受けたい医療やケアについて、あなたの希望や想いを、家族や大切な人、かかりつけ医をはじめとした医療者とともに話しておくことです。最期の時まで、自分らしく種やかに生きるために、もしもの時のことを考えてみませんか。

いつから始めるの？

- 今から始めましょう！元気な方でも、いつ、もしもの時を迎えるかわかりません。そうなる前に、あなたの希望や想いを整理して、家族や大切な人と話し合えば、自分で意思を伝えたり判断することが難しくなった時、家族などが、あなたご自身の希望に配慮した対応をしやすく、代わりに判断する時の悩みや負担を軽くすることができます。
- 今、医療や介護を受けている方は、あなたの想いや希望に沿った医療の選択ができるように、かかりつけ医をはじめとした医療者とともに相談しながら考えてみましょう。わからないことがあれば、ケアマネジャーや地域包括支援センターにも相談することができます。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) には、法的な意味合いや拘束力はありません。健康状態や生活環境の変化等によって、いつでも何度でも書き直すことができます。

生活環境が変わった時や、人生の節目など(イベント、誕生日、結婚記念日)に話し合いをして見直しをしましょう。

病気になる前や必要になった時、これからのように暮らしたいが、また、治療やケアについて考えて書いてみましょう。

もしもの時に備えて
自分らしく生きるための

人生 会議

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

あなたにとって大切なことは？

あなたが受ける治療やケアの希望は？



アドバンス・ケア・プランニングシート

年月日 名前

あなたにとって大切なことは？

あなたの人生で大切にしたいことは何ですか？
これから先、どのように暮らしていきたいですか？
あなたの目標・希望・想いについて気持ちを整理してみましょう。

- 楽しみがあること。
- 身の回りのことが自分でできること。
- 先々に起こることを詳しく知ること。
- 一日でも長く生きること。
- 家族や大切な人との時間を大切にすること。

あなたが受ける治療やケアの希望は？

考えたくないのですが、あなたが病気になる前、大きなケガをした時のことについて、あらかじめ、あなたの希望や想いについての心づもりをしておくこと、もしもの時に安心です。あなたがこれから受けるかもしれない治療やケアについて、どう考えますか？
あなたの目標・希望・想いについて整理してみましょう。

- ① もしも、病気になる前大きなケガをしたら？
- 一日でも長く生きられるような治療を受け続けたい。
 - 期間を決めて治療を受けて、それから考えたい。
 - とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい。
 - 死期が早まって、痛みや苦しみを和らげるための十分な処置や治療を受けたい。
 - できるだけ自然な形で最後を迎えられるように、必要最小限の治療を受けたい。
 - 延命は考えず、種やかに過ごしたい。

入院時支援担当者やがん相談支援センター、緩和ケアチームメンバーが対象となりそうな患者に説明し使用している

② もしも、病気が進むなどで自分でまげなくなり介助が必要になった時は、どこで、どのように過ごしたいですか？

どこで？
 病院 施設 自宅
 その他 () 分からない

どのように？
 家族に協力してもらいたい。 食事やトイレなど、最低限自分でできる生活がしたい。
 とにかく長生きしたい。 家族に迷惑をかけたくない。
 その他 ()

③ もしも、病状が進み、最期の時が近くなった時に過ごしたい場所はどこですか？

病院 施設 自宅
 その他 () 分からない

あなたの代わりに判断は誰にしてほしい？

もしも、病状や認知症が進み、意識が薄れた場合など、あなた自身が判断しだり希望を伝えることができなくなった時、あなたの代わりに医療やケアの判断をしてもらいたい人を選んでおくことは大切です。代わりに判断は誰にしてほしいと思いますか？

配偶者(夫・妻) 子ども()
 親戚() 友人等()
 代理人() その他()

あなたの考えや想いを自由に書いてみましょう。



「意思表示シート」
「緊急連絡先」
「私のカルテ」等との併用

くまもとメディカルメディカル
ネットワークへも反映

地域づくり: 情報共有ツールの作成・活用

●くまハート (院内化学療法部会・緩和ケアチーム・医療福祉連携室)

病院と患者・家族、かかりつけ医、在宅医療・介護従事者等との**情報共有ツール**
 (わたしのカルテ、わたしの診療録、歯科診療録、わたしの記録: 治療中の記録、
 痛みの記録、からだ・こころ・くらしの記録、**緩和ケアチームについて**、インフォメーション)
 ※ **医療・介護従事者と患者・家族の交換日記**のようにも使える

がん診療Dr、外来看護師、
 院内化学療法部会など中心に
 検討・作成



チームメンバー

(地域緩和ケア連携調整員
 : 緩和ケアDr、看護師長、
 医療福祉連携室MSWなど)



地域づくりの視点を反映させて
 「つらさの評価」ページ等の
 作成にかかわる



わたしのカルテ

それぞれの項目に記入し、当てはまる項目に印して下さい。

お名前				() 才
生年月日	S・H・R	年	月	日
ご住所	(〒 -)			
電話番号	自宅	-	-	
	携帯	-	-	
連絡先 ・家族 ・職場 ・友人	お名前	ご関係	電話番号	同居・別居
				同・別

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有	お薬
		食物
	その他	

地域づくり：情報共有ツールの作成・活用

●くまもとメディカルネットワーク（医療福祉連携室 ＋ 医師会等）

県民の医療や介護サービスに生かすシステム

くまもとメディカルネットワークにぜひ参加しましょう!

【A】 熊本県地域医療等情報ネットワーク 参加費は無料です

「くまもとメディカルネットワーク」はICT(情報通信技術)を用いて、参加者(患者さん)の診療・介護・介護に必要な情報を共有し、

- (1) 医療と介護の質の向上、参加者(患者さん)のQOL(生活の質)の向上
- (2) 参加者(患者さん)の医療情報の管理を行いやすくすることにより、参加者(患者さん)へ利便を提供すること

を目的としています。



- このようなメリットがあります! (一画)
- 参加の医療機関で診療・検査・処方箋や処方箋情報などが共有されることにより、患者の医療生活を改善でき、より迅速な治療につながります。
 - 医療・訪問看護・ケアマネージャーや介護サービス事業者などの間で日々の状況を共有・理解してもらうことで連携が深まり、より迅速かつ安心な医療・介護サービスを受けることができます。
 - 医療機関・薬局がカルテが消失した場合でも、患者様で受けつけ窓口以外の医療機関に患者様送られた場合でも、現在使っている処方箋や検査結果を参照できるため、治療の再開を早めることができます。

医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護福祉施設、地域包括などを、ネットワークで結び、情報を共有できるシステム



チームメンバー(地域緩和ケア連携調整員、医療福祉連携室MSW)が、各医療機関、地域包括支援センター、介護事業所、調剤薬局など訪問して説明・導入支援、会議の場で普及・啓発。受診時など登録を行うとともにシステムづくりに関わった

人吉球磨が県内1位の参加同意数／2位の活用状況

地域づくり：情報共有ツールの作成・活用

「意思表示シート」「緊急連絡先」

もしものとき

意思表示シート

記入日：(西暦) 年 月 日

①もしも、介護が必要になった際、どこで、どのように過ごしたいですか？

家族など誰かに協力してもらい自宅
 病院に迷惑をかけたくない、家族が近くにいないので病院や施設
 施設が可能なであれば入所中の施設 分からない、決めていない
 その他 ()

②もしも、治らないような病気やケガをした時に受ける医療やケアは？

一日でも長く生きられるような積極的な治療を受けたい
 死期が早まっても、痛みやしみを和らげるための治療を受けたい
 期間を決めて積極的な治療を受けて、それからまた考えたい
 分からない、決めていない その他 ()

③もしも、病状が進み、最期の時が近くなった場合に過ごしたい場所はどこですか？

自宅 病院 施設 その他 () 分からない、決めていない

④もしも、病状が進み、最期の時が近くなった場合に、これだけは欲しくない医療行為があれば教えてください。

(延命のための)、 心臓マッサージ 気管挿管・気管切開 人工呼吸器の装着
 その他 () 分からない、決めていない

⑤もしも、あなた自身が判断したり希望を伝えられることができなくなった時、代わりに判断してほしい方はいますか？

いる (名前：) 性別：) 連絡先：)
 いない、決めていない

⑥上記について誰かと相談した場合は教えてください。

家族 () 主治医 (先生) その他 ()

⑦医療や介護に対するご自身の今の考えや疑問に伝えておきたいことなど、希望があればお書きください。

()

氏名： (生年月日： 年 月 日)
 代筆者： (住所：)

※このシートは、くまもとメディカルネットワークで情報共有をさせていただきます。希望されない場合はお返せ下さい。

【お問い合わせ先】JCHO 人吉医療センター 医療福祉連携課 TEL: 0966-22-2191 (代表)

救急医療情報

記入年月日 年 月 日

●この情報を救急時等に救急隊・医療機関等が活用することに同意します。
 ●「救急医療情報」は、救急要請をした「その時」のご自身の情報が必要となります。持病やかかりつけ医、服用しているお薬など、経路経路に変化が生じたものは、変更内容を記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。

基本情報

氏名	年 月 日 生 (歳)
電話番号	携帯電話
くまもとメディカルネットワーク参加登録	有・無

医療情報

現在治療中の病 気

過去の病状等

服用している薬

かかりつけ医
 救急対応が1年以上に
 以上にある医師
 のある病院

緊急連絡先(家族・親族・福祉関係者・ケアマネージャーなど)

氏名	続柄	電話番号	住 所

備考(服用アレルギーなど、伝えておきたいこと)

更新日① 年 月 日 更新日② 年 月 日
 更新日③ 年 月 日 更新日④ 年 月 日

72

「連絡会」や「在宅症例カンファレンス」等
 ターゲットを決めてシートやくまハートを提案
 くまもとメディカルメディカルネットワークへ
 載せること等活用を提案 → **実行**



情報共有ツール「くまハート」(患者の診療録、
 医療者との交換日記、つらさの評価など)に
 掲載することを提案 → **実行**



わたしのカルテ

それぞれの項目に記入し、当てはまる項目に○をつけて下さい。

お名前			
生年月日	S・H・R	年	月 日
ご住所	(〒 - -)		
電話番号	自宅	-	-
	携帯	-	-
連絡先 - 家族 - 職場 - 友人	お名前	ご住所	電話番号

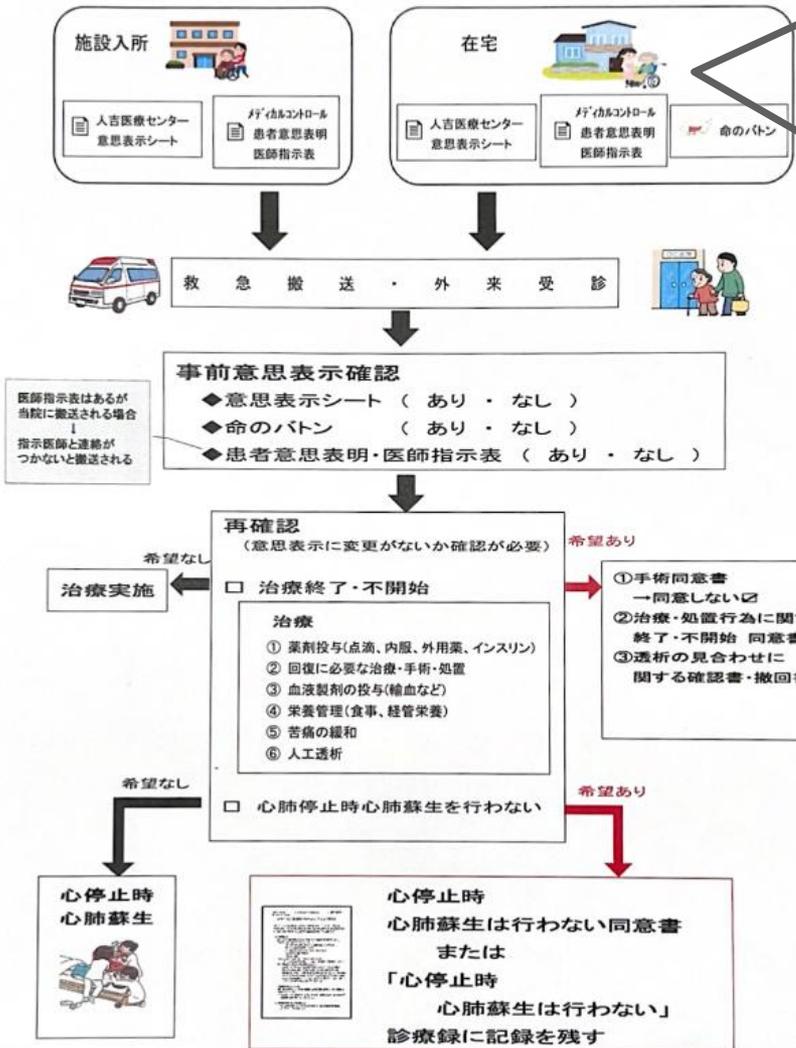
アレルギー

<input type="checkbox"/> 無	お薬
<input type="checkbox"/> 有	食物
	その他

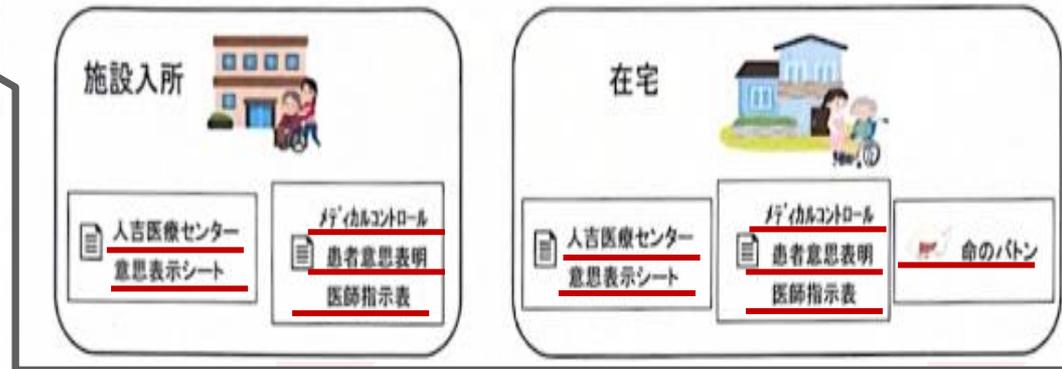
体制づくり: 熊本県全体の取り組みに参加

● 熊本県地域在宅医療サポートセンター連絡会 + 院内ACPチーム

人吉医療センター ACP 意思表示シート確認&入院後の治療・蘇生確認フローチャート



人吉医療センター ACP 意思表示シート確認&入院後の治療・蘇生確認フローチャート



・**県の連絡会**の内容を受け、
院内の**ACPチーム**(連携調整員、医療安全、倫理チーム、医療福祉連携室、**がん専門相談員**)で**フローチャート**作成

・各市町村(**地域包括支援センター**)、
介護事業所等へ**周知・徹底**

地域づくり：診療報酬と連動

●地域会議等で診療報酬と絡めて提案すると有効

「連絡会」や「症例カンファレンス」での議題提起や「意思表示シート」「緊急連絡先」様式の提案、送付時の鏡文などに、医療情勢や診療報酬を絡めて参加・利用を促すことも重要

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

<u>1</u> 往診が行われた場合	<u>600点</u>
<u>2</u> 1以外の場合	<u>200点</u>

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

地域づくり:その他

● ACPチーム活動

人吉医療センター ACP劇団結成

「縁起でもなか話をすっばい」 球磨郡あさぎり町

市町村や医師会主催のフォーラムなどでACPをテーマにした劇にて普及・啓発
ACPシートの紹介 / CD-Rにして活用



地域づくり：在宅診療を通して

在宅緩和推進と普及啓発

地域緩和ケア連携調整チームメンバーとしての緩和ケアDr、MSW、がん専門相談員などが協力して在宅医療推進、普及啓発に取り組む



YouTubeによる普及啓発「球磨川の緩和ケア」

地道な在宅緩和への取り組み

- 地域緩和ケア連携員の視点で課題の拾い上げ、医師同士の相談情報共有シートやくまハート活用
- 解決策検討の場への参加・企画
- 仲間を増やす／研修の受け入れなど

地域づくり: 今後について活動継続

地域づくり=関係づくり・体制づくりをもとに活動を継続。

- ・ある一つのシステムづくり: 付随するあらゆる課題も対応できる可能性
- ・既存の取り組みを活用する場合: 人材不足への対応や他疾患も視野に入れた大きな枠組みでのタスクシェアにもつながる

- 地域包括ケアの既存の様々な取り組みを緩和ケア体制づくりに繋げる活動を継続
(熊本県 & 医療圏の在宅医療サポートセンター連絡会、在宅医療・介護連携推進事業)
※「医療」=「都道府県」 / 「介護」=「市町村」の現状や
熊本県認知症対策・地域ケア推進課と健康づくり推進課の関係も意識
- 各種地域会議、地域住民向けに普及啓発活動を推進(YouTube、SNS、出前講座など)
- 在宅症例カンファレンスにて在宅医同士の協力体制復活を提案 / 研修会の継続
→地在宅医療サポートセンター / 在宅医療・介護連携推進事業の一環で
在宅専門診療所や麻薬管理を担う調剤薬局を設ける ※ 施設看取りも推進
- 作成した意思表示シートや「くまハート」の利用促進
→データベース化: 集積した情報や課題への対応など医師会ホームページなどに集約し、
パスワードで閲覧できるようにする ※ 熊本県の緩和ケアマップなども活用
- 県の地域緩和ケア連携調整委員会と活動状況や目標を共有し検討して連動する



ご清聴ありがとうございました