

愛媛県在宅緩和ケア推進協議会の概要

- 1 名称 愛媛県在宅緩和ケア推進協議会
- 2 任務 本県の在宅緩和ケアの推進について、専門的な検討協議を行ない、その結果を、愛媛県がん対策推進委員会に報告する
- 3 構成 9人（任期2年、再任可、定数10名以内）

役 職 名 等	氏 名
愛媛県がん対策推進委員会 委員 (松山ペテル病院 院長) [会長]	中 橋 恒
愛媛県がん対策推進委員会 委員 (NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会 理事長)	松 本 陽 子
愛媛県がん対策推進委員会 委員 (ペテル在宅療養支援センター 地域看護専門看護師) [副会長]	吉 田 美 由 紀
愛媛県がん対策推進委員会 委員 (四国がんセンター 統括診療部長)	谷 水 正 人
松山市医師会 地域連携部 主任理事 (西川内科・消化器クリニック 院長)	西 川 芳 之
愛媛県薬剤師会 会員 (株ホームメディケア代表取締役)	中 矢 孝 志
松山市介護支援専門員協議会 副会長 (あうん介護相談所 所長)	矢 川 ひ と み
愛媛県医療ソーシャルワーカー協会 会長 (松山ペテル病院 ソーシャルワーカー)	太 田 多 佳 子
愛媛県がん診療連携協議会 緩和ケア・相談支援委員会 代表 (愛媛大学医学部附属病院 麻酔科蘇生科助教)	坪 田 信 三

4 その他 検討協議を行なうため、必要に応じ実態調査を行うことができる

5 活動実績

第1回愛媛県在宅緩和ケア推進協議会の開催（H23.8.29）

(1) 会長、副会長の選出について

中橋会長、吉田副会長を選出

(2) 会議の公開について

当分の間は非公開とし、モデル事業の具体的内容を外部に対し報告できる段階で公開する

(3) 地域医療再生計画に基づくがん対策の推進について

在宅緩和ケア推進モデルとして、在宅緩和ケア地域資源実態調査、及びモデル事業立ち上げのためのワーキングを実施することの承認を得た

愛媛県在宅緩和ケア推進協議会における 委員からの主な意見

在宅緩和ケア推進モデル事業について

- チームでがん患者を支えるためには、開業医、拠点病院等をつなぐことのできるコーディネーターを地域ごとに設けることが大切。(吉田委員)
- コーディネーターの役割が重要なので、その育成と支援への取組みを行わなければならない。(谷水委員)
- 中予ではある程度、在宅緩和ケアが機能しているため、東予・南予においてモデル事業を実施すべき。(谷水委員)
- 在宅療養支援診療所のうち、在宅看取り数が20人以下の施設がモデル事業の対象施設となるのではないか。(谷水委員)
- 在宅患者を診る意欲があるにもかかわらず、1人では不安な医師にとっては良いシステムだと思う。患者・家族からすると、良いと思われることは一歩でも二歩でも前に進んで欲しい。(松本委員)
- 開業医として、コーディネーターの存在はとてもありがたい。(西川委員)
- チームで在宅患者を診る場合、診療報酬上の主治医の扱いを考えなければならないのではないか。(西川委員)

在宅緩和ケア推進モデル事業

1 事業の目的

四国がんセンターなど、がん診療連携拠点病院における専門的治療が終了し、状態が安定したがん患者が、退院後、住み慣れた自宅や地域に戻って、がんの痛みや苦痛症状を緩和しながら自分らしい療養生活を継続できる在宅緩和ケアの提供体制の整備を図るモデル事業を大洲・今治地区で実施するとともに、モデル事業の支援及び人材育成を実施する。

2 実施主体

●在宅緩和ケアチーム連携モデル事業

- (1)大洲地区：(社)喜多医師会
- (2)今治地区：恩賜財団済生会支部愛媛県済生会

●在宅緩和ケア連携体制構築支援事業

- (医) 聖愛会

3 モデル事業参加施設

(1) 大洲地区

- ◆かかりつけ医：5施設（大久保内科クリニック、古川医院、菊原医院、井関クリニック、みやうち医院）
- ◆病 院：2病院（喜多医師会病院、市立大洲病院）
- ◆訪問看護ステーション：1施設（喜多医師会訪問看護ステーション）

(2) 今治地区

- ◆かかりつけ医：8施設（かいはらクリニック、吉野病院、今治南病院、有津むらかみクリニック、井門クリニック、近松内科、片山医院、しのざき整形外科）
- ◆病 院：3病院（済生会今治病院、吉野病院、今治南病院）
- ◆訪問看護ステーション：2施設（済生会今治訪問看護ステーション、ひうち園老人訪問看護ステーション）

4 事業概要

●在宅緩和ケアチーム連携モデル事業

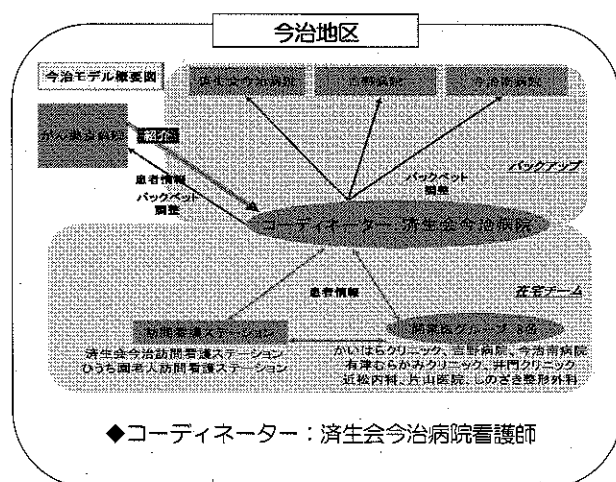
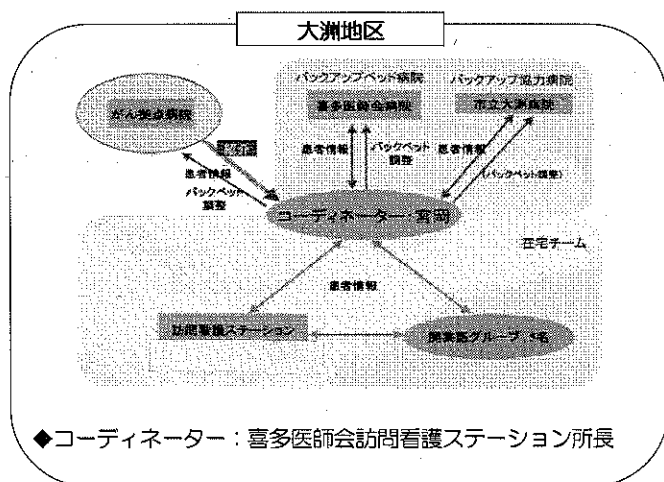
① 在宅チーム医療の推進

訪問看護ステーションや病院等、各地域に配置された「コーディネーター」（看護師）が中心となり、地域の病院、かかりつけ医、訪問看護ステーションなど在宅医療提供機関のネットワーク化と情報共有体制の整備を図り、地域全体でがん患者の退院後の在宅療養を支える仕組みづくりを推進する。

＜在宅チーム医療提供の流れ＞

がん診療連携拠点病院から退院患者の紹介を受け、コーディネーターが、患者の意向を踏まえ、担当のかかりつけ医と訪問看護ステーションを決定し、他職種協働によるチーム医療の提供を行う。（拠点病院から直接、かかりつけ医に対し退院患者の紹介があった場合も、コーディネーターが中心となり、地域の在宅医療チームによるサポートを行う。）

また、急変時の対応について、バックアップベッド病院において24時間連携して入院のサポートを行う。



② 人材育成

コーディネーターに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行うとともに、地域の医療関係職種等に対して、専門的知識・技術習得のための研修を実施する。

③ 情報共有・連携

モデル事業に参加する各施設のスタッフが、定期的に一同に会し、在宅医療における連携上の課題を抽出し、その対応を検討するため、症例検討会、チーム運営委員会等を開催。

④ 生活支援

- マイクロシリンジポンプ、ポータブルトイレ、シャワーチェア等の貸出
- ベッドのレンタル料に対する助成

●在宅緩和ケア連携体制構築支援事業

大洲・今治地区で実施する在宅緩和ケアチーム連携モデル事業の支援と、在宅緩和ケアのチーム連携に必要な人材育成を実施。

