

滋賀県がん対策の推進に関する条例

●内容

- ・基本理念と責務
- ・施策の基本的事項

●第4章

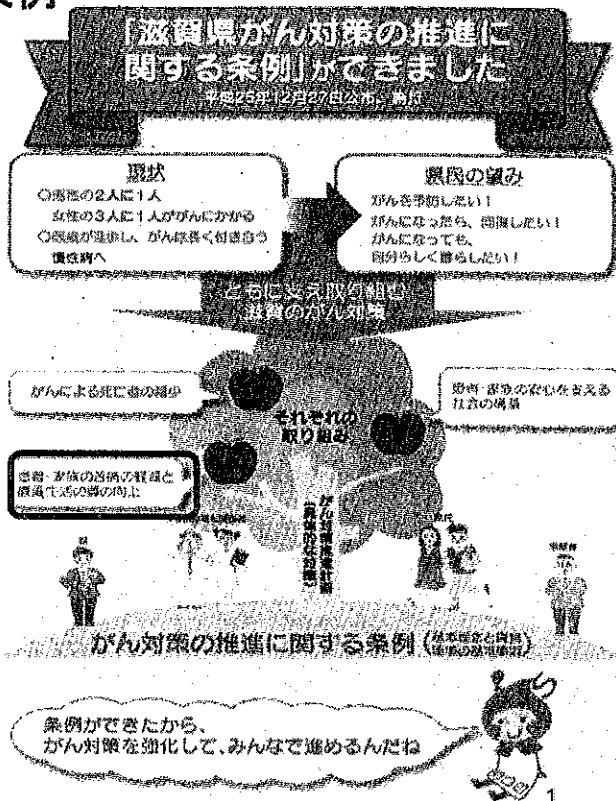
がん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上

第16条：緩和ケア

第17条：相談支援体制

第18条：がん対策にかかる活動の促進

第19条：がんに関する情報の収集および提供



滋賀県がん対策推進計画(第3期)

【計画期間】平成30年度(2018年度)～平成35年度(2023年度) 6年間

基本理念

『県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現』
～県民が、がんを知り、がんを予防し、がんになっても納得した医療・支援が切れ目なく受けられ、自分らしく暮らせる滋賀を目指して～

全体目標

- 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
- 患者本位のがん医療の実現
- 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築



滋賀県健康づくりキャラクター「しがのハグ&クミ」

計画の4つの施策の柱と目標

1. がんの予防

- ・がんの罹患率の減少
- ・がんが早期発見される

2. がん医療の充実

- ・がんの死亡率の減少
- ・がん治療の向上

4. これらを支える基盤の整備

- ・がん予防・医療・支援の人材が確保が来ている
- ・県民、がん患者・家族、医療保険福祉労働関係者等がそれぞれの立場でがんを考え、がんに向かうことができる
- ・がん登録による施策の立案が出来る

3. がんとの共生

- ・がん患者・家族の苦痛の軽減とQOLの改善がされる
- ・がん患者・家族に必要な情報提供がされる
- ・住んでいる地域で望むがん治療が受けられる
- ・がん患者・家族が安心して在宅療養生活が送れている
- ・がん治療と仕事の両立を望むがん患者が支援を受けられる
- ・県民にがん治療と仕事の両立が出来るという認識が広がる
- ・県民にがんと学校生活の両立が出来るという認識が広がる

がん対策推進計画の目標値

3. がんとの共生

目標

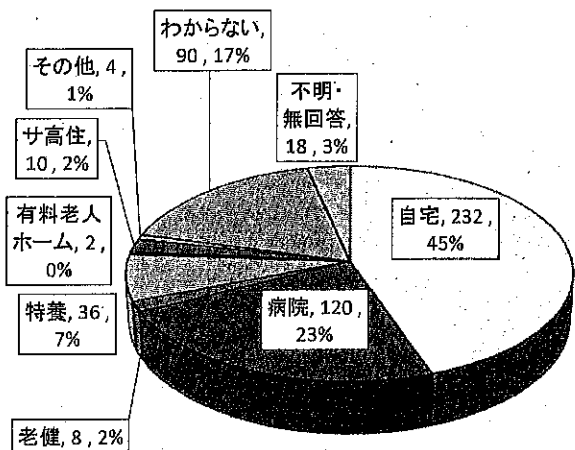
最終目標
○がん患者とその家族の苦痛が軽減してQOLが改善している
○がん患者とその家族に必要な情報が届いている
○住んでいる地域で望むがん治療が受けられている
○がん患者とその家族が安心して在宅療養生活を送れている
○がん治療と仕事の両立を望むがん患者が支援を受けられている
○県民にがん治療と仕事の両立が出来るという認識が広がる
○県民にがん治療と学校生活の両立が出来るという認識が広がる

評価指標			
●がん患者の在宅での死亡が増える			
	現状値 (県)	現状値 (東近江圏域)	目標値 (H35年度)
がん患者の在宅死亡割合	12.2% (H29年(2017年))	9.6% (H29年(2017年))	15%

*在宅死亡数=自宅、老人保健施設、老人ホームにおける死亡数の合計

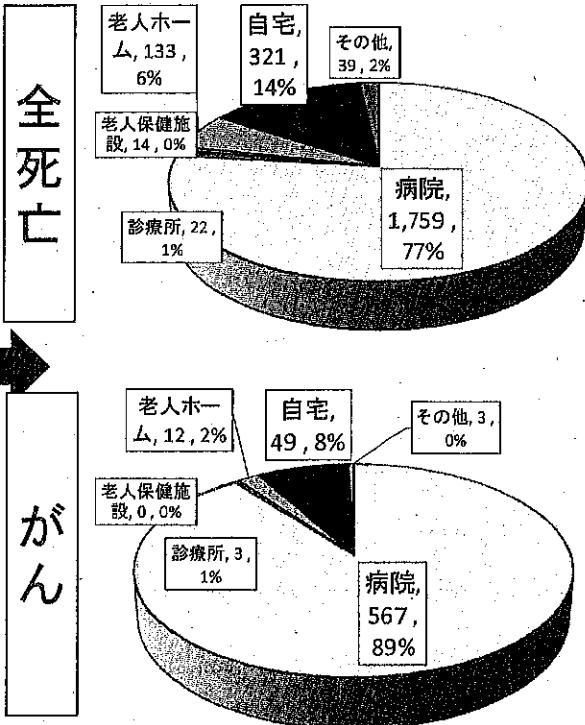
東近江圏域の看取りの理想と現実のギャップ

どこで最期を迎えたいか？



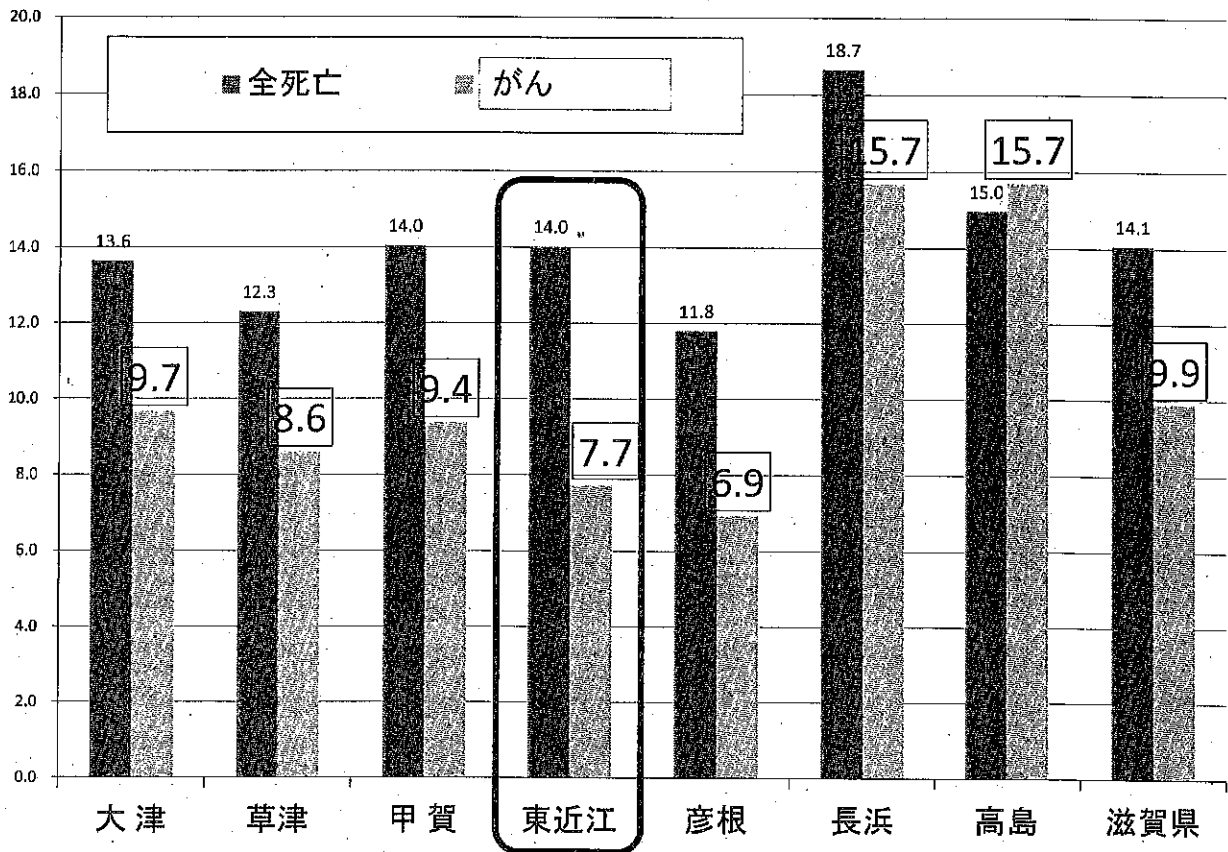
地域住民の45%が「自宅での看取り」を望んでいるが、死亡全体の約8割、がんでの死亡の約9割が「病院」で亡くなっている。

実際に最期を迎える場所



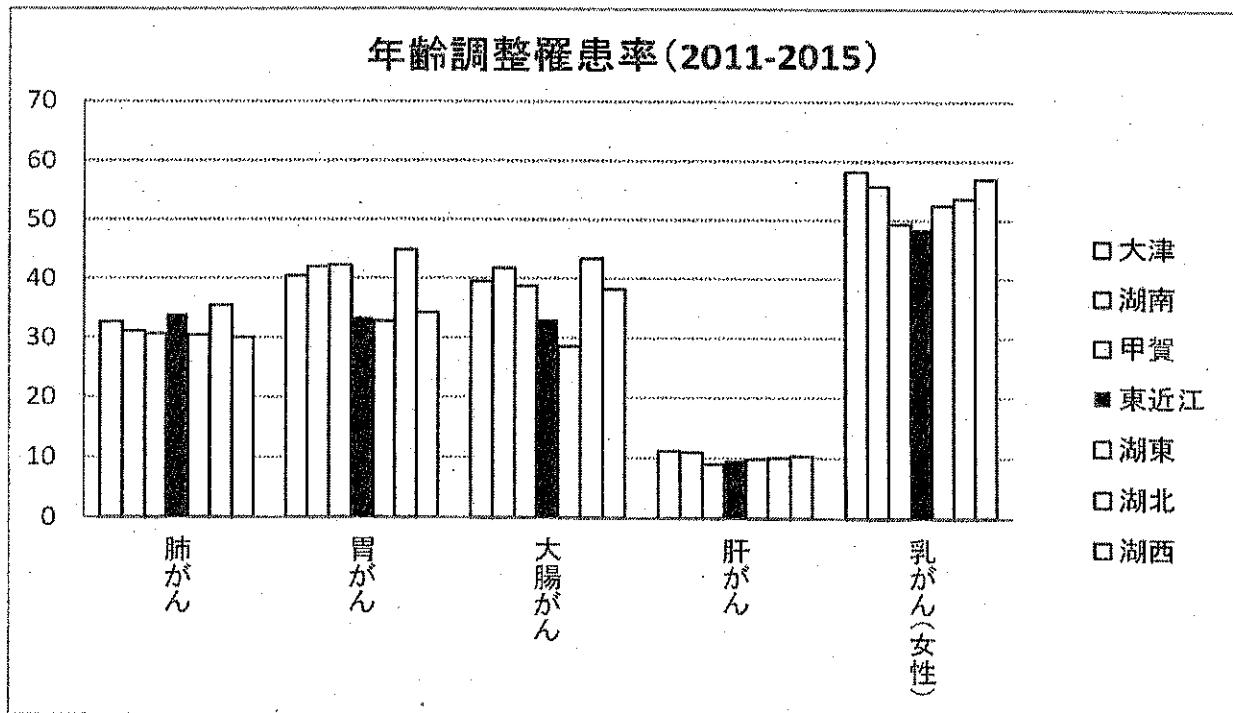
(左グラフ) 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(平成28年度)
(右グラフ) 平成29年滋賀県死亡数(場所別)

H29年の自宅死亡割合



がんの罹患

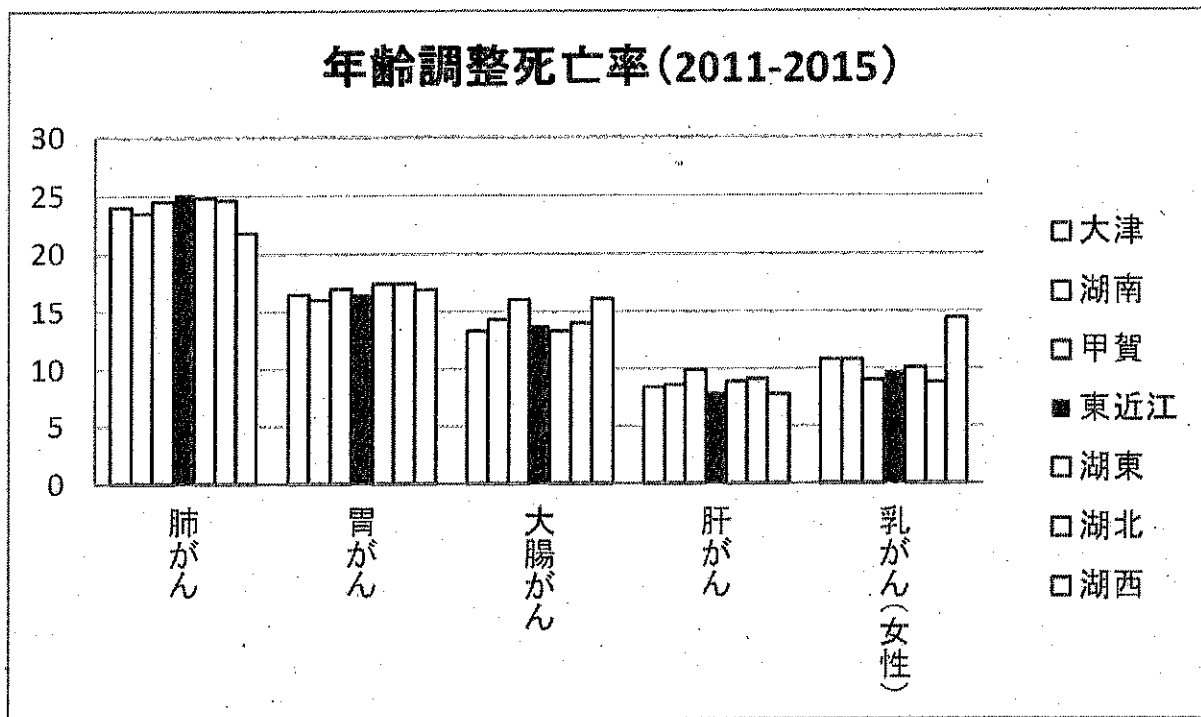
圏域別 部位別 年齢調整罹患率【男女計】



出典: 統計でみる滋賀県のがん(滋賀県立総合病院)

がんの死亡

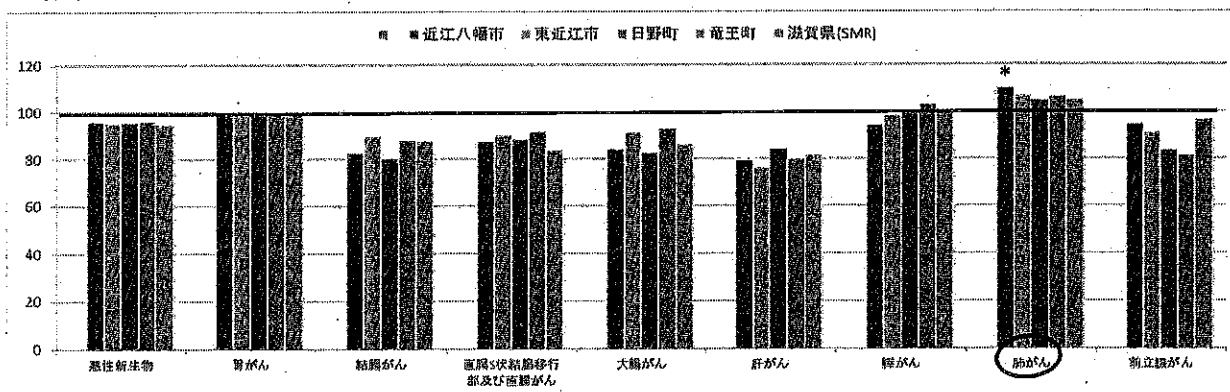
圏域別 部位別 年齢調整死亡率【男女計】



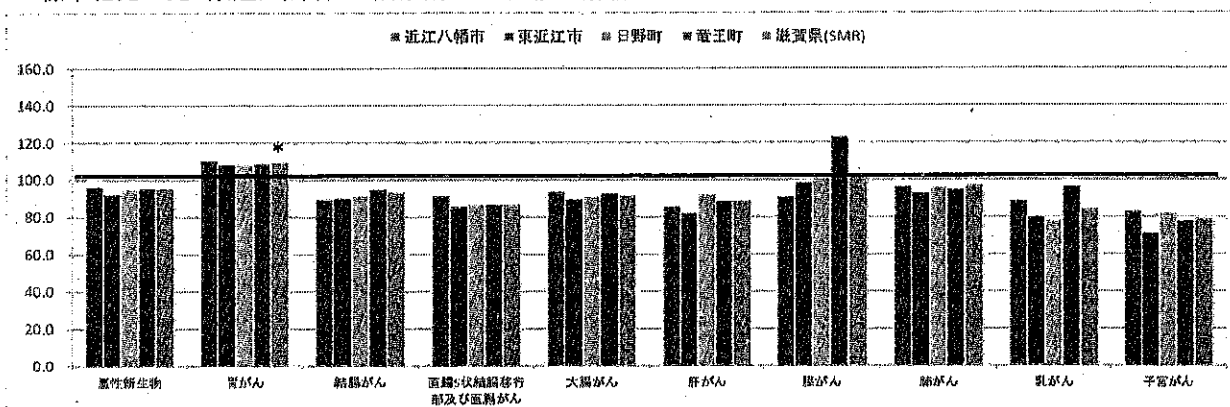
出典:統計でみる滋賀県のがん(滋賀県立総合病院)

がんの死亡

1. 標準化死亡率 東近江圏域 (滋賀県の死因統計解析2007-2016)・男性



2. 標準化死亡率 東近江圏域 (滋賀県の死因統計解析2007-2016)・女性



がんの医療体制

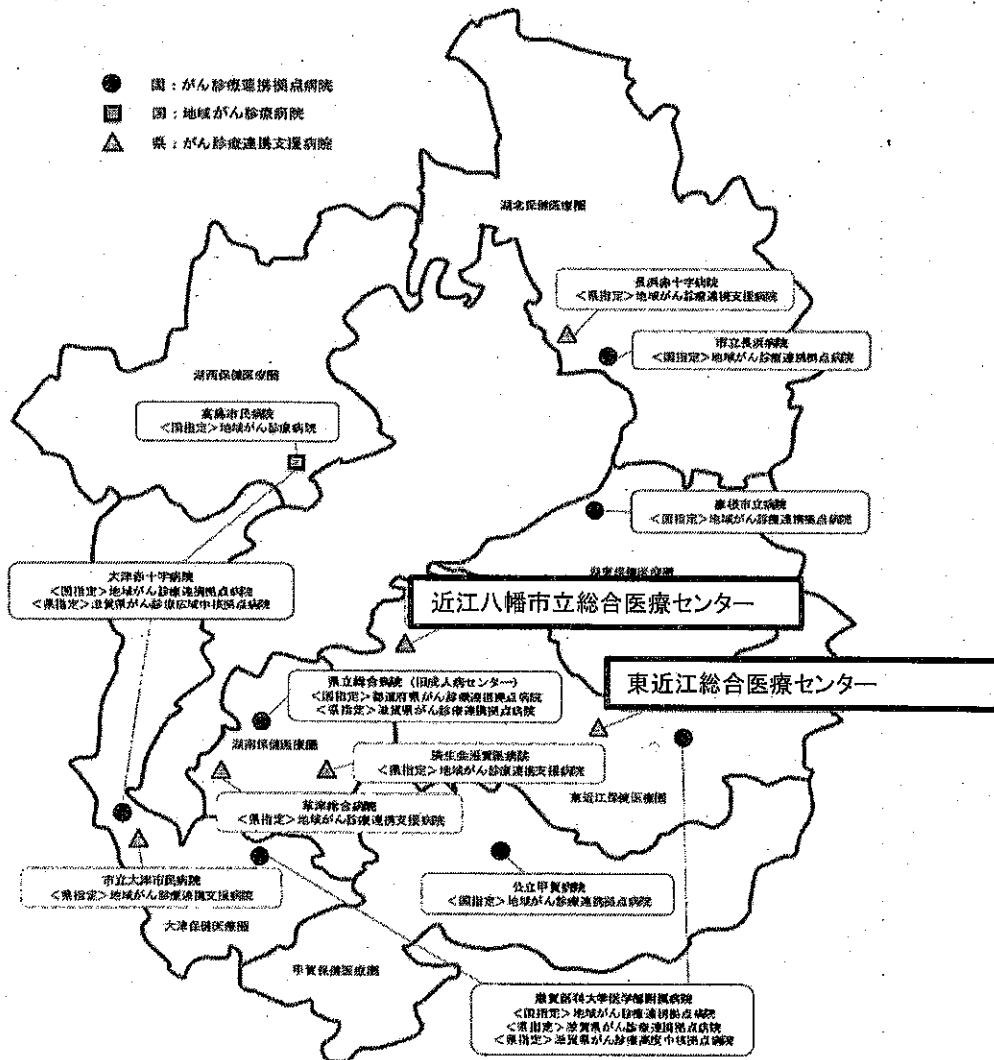
厚生労働大臣が指定する病院

種別	役割	圏域	病院名
都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院に対する診療支援、医療従事者に対する研修の実施など、県内のがん医療のコーディネーターの役割の担う	-	県立総合病院(旧成人病センター)
地域がん診療連携拠点病院	各二次医療圏域において、専門的ながん医療の提供を行うとともに、圏域内の医療機関に対する診療支援、医療従事者に対する研修、患者等に対する相談支援などを行う。	大津	大津赤十字病院
		湖南	県立総合病院(旧成人病センター)
		甲賀	公立甲賀病院
		東近江	滋賀医科大学医学部付属病院
		湖南	彦根市立病院
地域がん診療病院	がん診療連携拠点病院が無い地域(二次保健医療圏)に、基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担う。	湖西	高島市民病院 (大津赤十字病院のグループ指定)

知事が指定する病院

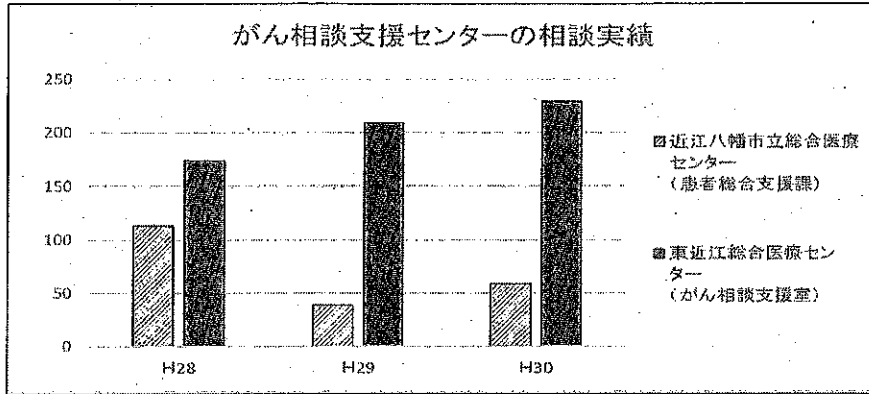
種別	役割	圏域	病院名
滋賀県がん診療連携拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院の機能と同じ。	-	滋賀医科大学医学部付属病院 県立総合病院(旧成人病センター)
滋賀県がん診療高度中核拠点病院	がん医療における高度先進医療を提供するとともに、医師等の人材支援、人材育成の中核を担う。	-	滋賀医科大学医学部付属病院
滋賀県がん診療広域中核拠点病院	大津保健医療圏域における専門的ながん医療の提供に加え、広域的に専門的ながん医療の提供を行う。	-	大津赤十字病院
滋賀県地域がん診療連携支援病院	がん診療連携拠点病院と連携し、各二次保健医療圏域において専門的ながん医療の提供を行う。	大津	市立大津市民病院
		湖南	草津総合病院
		甲賀	済生会滋賀県病院
		東近江	近江八幡市立総合医療センター 東近江総合医療センター
		湖北	長浜赤十字病院

【図15】がん診療連携拠点病院等の配置(平成29年10月現在)

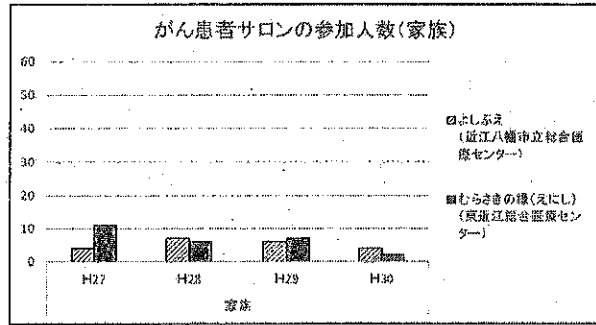
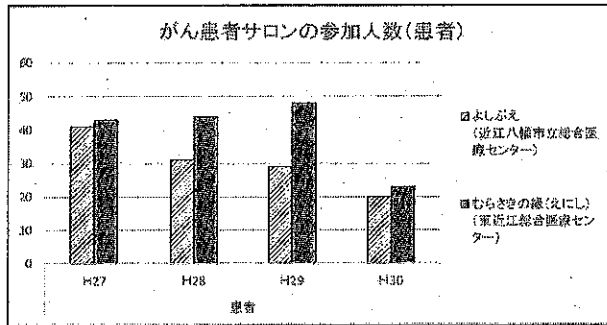


がん患者の支援

●がん相談支援センター



●がん患者サロン



滋賀県がん診療連携協議会相談支援部会資料より作成

在宅療養を支える機関

	大津市	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	高島	合計	出典等
在宅療養後方支援病院	1	1	1	0	2	0	1	6	近畿厚生局 H30.12.1
在宅療養支援病院	3	1	2	1	1	1	1	10	近畿厚生局 H30.12.1
緩和ケアの診療機能を有する病院	5	6	2	4	1	3	2	23	医療機能調査 H29
在宅療養支援診療所	57	30	7	25	6	17	8	150	医療福祉推進課 R1.6.1
訪問看護ステーション	34	25	12	15	12	18	6	122	医療福祉推進課 R1.6.1
薬局	138	144	62	94	72	67	24	601	滋賀県オープンデータ カタログより 大津市は救急医療ネットより
在宅療養支援薬局	40	43	16	22	12	16	5	154	滋賀県薬剤師会 H30.6.1
無菌製剤処理加算算定薬局	11	16	9	5	3	2	0	46	医療福祉推進課 R1.6.1
歯科診療所	135	136	52	86	64	64	20	557	医療政策課 H30.4.1
在宅療養支援歯科診療所	14	21	6	16	6	5	7	75	医療福祉推進課 R1.6.1

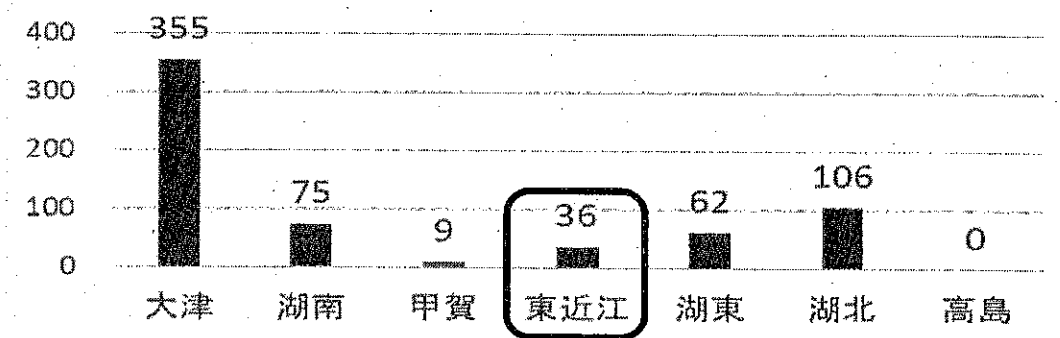
病院別 がん診療機能

	湖東記念 病院	青葉病院	東近江敬 愛病院	ヴォーリズ 記念病院	東近江市 立能登川 病院	日野記念 病院	近江八幡 市立総合 医療セン ター	東近江総 合医療セ ンター
集学的治療	0			0		0	0	0
検診・ドッグ	0		0	0		0	0	0
放射線診断	0		0	0		0	0	0
病理診断	0			0		0	0	0
内視鏡治療	0		0		0	0	0	0
手術療法	0		0	0	0	0	0	0
放射線療法	0							0
薬物(化学療法)	0	0	0	0	0	0	0	0
免疫療法							0	0
緩和ケア				0		0	0	0

出典：平成29年医療機能調査

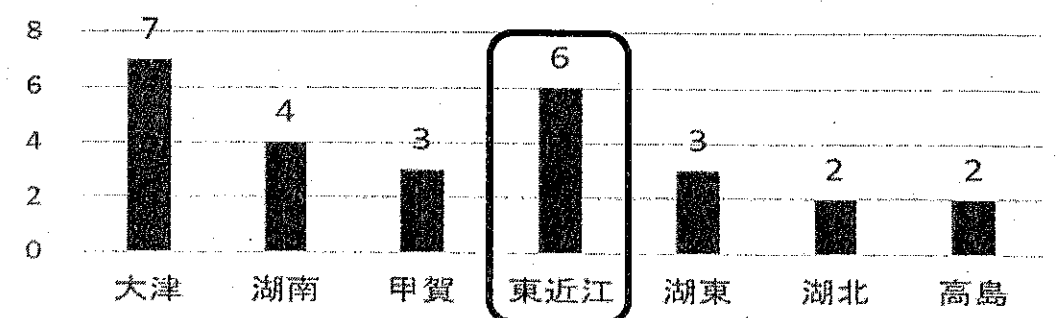
がん地域連携クリティカルパス運用状況

年間運用件数



R1年5月 医療福祉推進課調べ

運用病院数



H29/H30/R1年5月 医療福祉推進課調べ

H30年度 要支援・要介護者におけるがん有病者の割合

市町	要支援・要介護 認定者	がん有病者	がん有病者の 割合(%)
近江八幡市	3387	353	10.4
東近江市	4742	562	11.7
竜王町	558	55	10.0
日野町	1048	141	13.6
合計	9735	1111	11.4

近江八幡市介護保険課、東近江市長寿福祉課、竜王町福祉課、日野町長寿福祉課調べ

H30.3 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)ガイドライン改訂ポイント

○医療だけでなく介護の現場における普及を図ること

- ・名称が「医療」から「医療・ケア」へ
- ・病院だけでなく、介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること

○ACPの概念を盛り込んだこと

- ・本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等(親しい友人等)の信頼できる者を前もって定めておくこと
- ・心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)
- ・繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有すること

※平成30年11月30日ACPの愛称が「人生会議」、11月30日が「人生会議の日」と定められた。

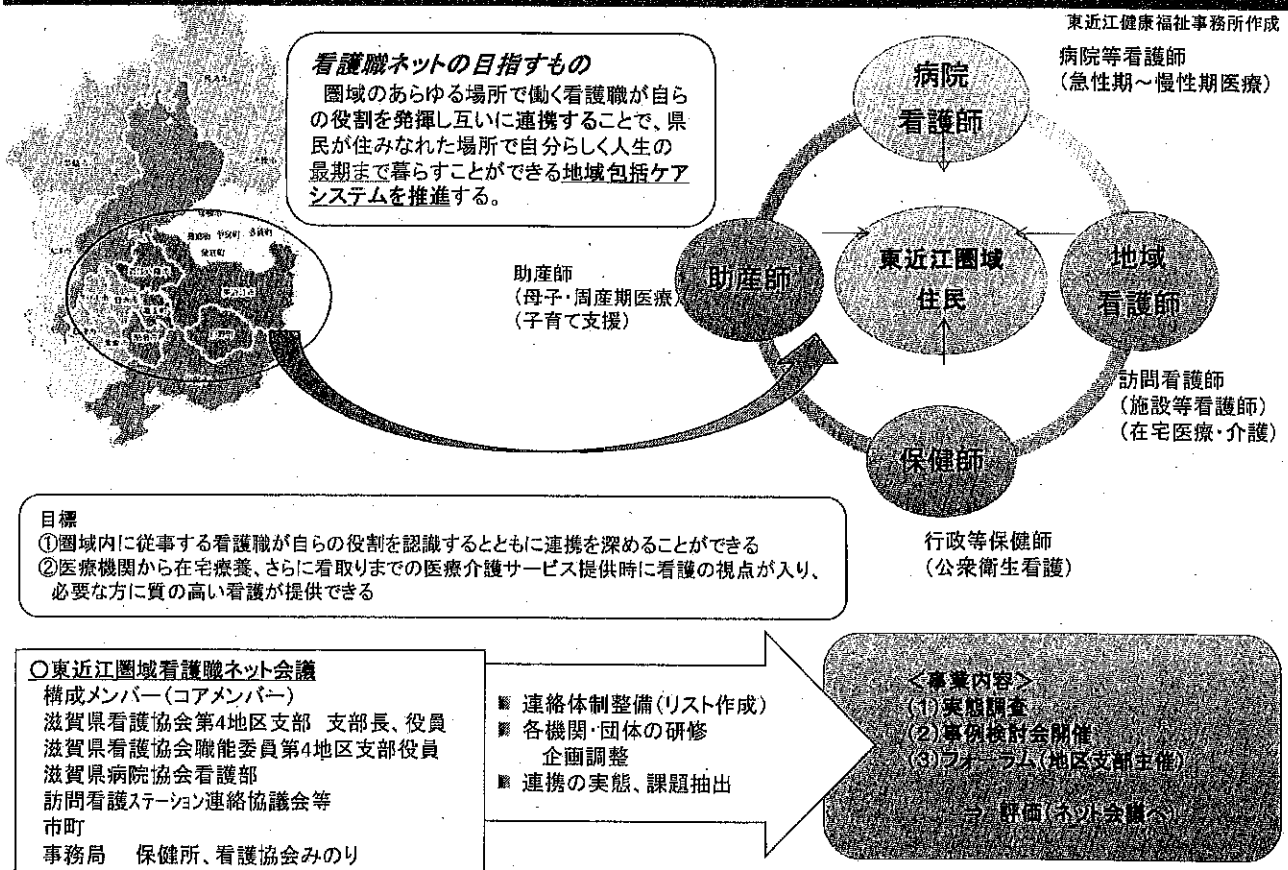
R1.12 東近江健康福祉事務所作成

入退院支援・施設看取りの取り組み

年度	H27	H28	H29	H30
入退院支援圏域ルール	圏域ルール第1版の作成	「病院における退院調整機能の充実」「患者の意思決定を支える退院支援」について追加し、第2版改訂	「訪問看護に関する相談窓口」の周知	「ACPIに関する記載」「ICへの在宅チームの同席」「退院前カンファレンスで多職種の見立てふまえ助言をもらう」を追加し、加算資料・ACP資料・在宅支援チェックシート」を追加し第3版改訂

年度	H29	H30
施設看取り研修内容	《第1回》看取り期における心身の変化、看取りケアの知識 参加者:22名 《第2回》実践事例報告、施設での看取り体制、職員への教育、嘱託医との連携 参加者:31名	①東近江圏域の看取りの現状と人生会議(ACP)について②症例検討とグループワーク「人生の最終段階で私たちにできること」 参加者:28名
アンケート結果	75%が「大変理解できた」「理解できた」としており、70件の研修希望があった。	85%が研修に満足しており、67件の研修希望があった。

東近江圏域看護職ネット



入退院支援の取り組み

病院とケアマネージャーの入退院支援の手引き H31.3改訂

～ 目 次 ～

1	はじめに	P 1
2	入退院支援における病院とケアマネージャーの連携	
	①介護認定があり担当ケアマネージャーがいる場合	P 2
	②新たに介護保険サービスを受ける場合	P 3
	③退院調整が必要な患者像	P 4
	④退院に向けて共有したい情報	P 5
	⑤運用にあたっての補足	P 7
	⑥入退院における連携窓口一覧	P 9
3	様式	
	①入院時情報提供書	
	*滋賀県介護支援専門員連絡協議会 作成様式	P 11
	*東近江市 作成様式	P 12
	②退院に向けての聞き取りシート	
	*滋賀県介護支援専門員連絡協議会 作成様式	P 13
	*東近江市 作成様式	P 15
	③退院支援アセスメントシート（参考）	P 1
	出典：在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス	
	④在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート	P 20
	（参考）出典：大阪府入退院支援の手引き	
4	参考資料	
	①「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について	P 21
	出典：滋賀県介護支援専門員連絡協議会	
	②退院に向けてのききとりシートの位置づけについて	P 23
	出典：滋賀県介護支援専門員連絡協議会	
	③終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える	P 30
	出典：日本医師会	
	④入退院時連携に係る診療・介護報酬	P 32
	出典：大阪府入退院支援の手引き	
	⑤認定看護師ってどんな看護師？	P 35

追記

追記

更新

必要な医療ケアを受けるためのチェックシートを追加

本人家族の意思決定に関する具体的な声かけの方法などを掲載

追加

訪問看護の必要性や利用についての相談窓口の紹介

追加

追加

追加

入退院支援の取り組み

病院とケアマネージャーの入退院支援の手引き H31.3改訂

2 入退院支援に

病院

ケアマネージャーの連携

～① 介護認定があり相当ケアマネ

ケアマネ

入院前の状況と病状をふまえて退院支援計画をたてる

1 入院時の基本情報の聞き取り

- 担当 CM の有無を確認
- ※ CM あり⇒ 本人・ご家族へ CM への入院連絡を依頼
本人・家族が不可能なら病院から直接
- ※ CM ありでも在宅生活困難な場合はご家族等と相談の上、MSW への相談
- CM に地域医療連携型担当者を伝える
- 入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について聞き取り、院内各部署スタッフで情報を共有する
- 必要時、入院時にかかりつけ医や関係者を招き会議を開催
※ 病状説明や今後の方針等の話し合いの場面 (IC) に CM や在宅ケアチームの同席を依頼する。

2 退院調整が必要な支援対象者の選定

- 退院支援が必要な患者であるかどうか退院支援スクリーニング実施 (参考: P 4 「退院調整が必要な患者像」)

3 退院支援計画作成

- 退院支援計画書の作成 (入院後 7 日以内)

参考資料 P 17 退院支援アセスメントシート参照

在宅療養

入院時

本人家族が望む暮らしを在宅支援チームで共有しておく

- 苦役から家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく
- 担当 CM の情報が病院内にスムーズに伝わるよう準備
- 本人・家族の思いにより、人生観や医療やケアの希望を聞いておく。(参考: P 3 0～3 3 「終末期医療」の「人生観やケア」から考える)

入院前の在宅での様子や本人家族の思いを情報提供する

(入院時情報共有)

- 入院時情報提供書を作成し訪問等で提供
- ※ 方法は問わないが、入院後 3 日以内に実施する。可能であれば病院地域連携担当者の都合等を電話等で確認し病院訪問日の調整。
- ※ 本人・家族の思い (ACP の内容) をしっかりと伝える。
- 治療の方針、入院期間の目安、退院についての方向性を確認する。(IC への同席等)

本人・家族の思いにより、人生観や医療やケアの希望を聞いておく

本人・家族の思い (ACP の内容) をしっかりと伝える

IC への同席等

退院後の生活を想定した退院支援を行う

4 CM との相談

- CM より病院訪問があれば調整
- 聞き取りシート等をもとに情報提供を行う。
- 医療: 医療管理の必要性の情報提供およびその方法 (訪問診療・看護) を検討相談する
- リハビリ: 住居等から ADL の事後評価を情報提供。退院後の生活の目標を共有する。

5 外泊・外出

- 予定が決まれば CM に連絡
- ※ 可能であれば、病院スタッフにより、自宅での ADL を確認し、住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定などを確認

6 中間カンファレンス (※ 必要時のみ)

- 支援対象者・家族の介護力等の状況に変化 (注 1) がありカンファレンス必要時はケアマネに開催依頼する。
- 自宅に帰らない場合は医療機関で次の施設を決め、介護支援専門員に伝える。(注 2)

在宅にむけた課題把握のための

(病院訪問)

- 聞き取りシート等を用い現状評価および事後評価を聞き取り、今後予測される課題 (サービスの変更の有無等) を検討しケアプラン原案を作成する
- 医療: 医療管理の必要性およびその方法 (訪問診療・看護) の確認 (参考: P 2 0 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」) (参考: P 3 5 「認定施設等について」)
- リハビリ: セラピスト等から ADL の事後評価を確認。退院後の生活の目標を共有する。
- 「退院の見込み」が決まったら連絡してもらうよう依頼
※ 退院カンファレンス開催希望の意向を伝える。
- (外泊・外出時の訪問)
- 病院から日程の連絡をもらい訪問の調整
- ⇒ 住宅改修・福祉用具等の必要性・医療処置が必要なときの物品や手順・その他課題の有無、区分変更の必要性を確認 (中間カンファレンス※必要時のみ)
- 中間カンファレンスへの出席

病状説明や今後の方針等の話し合いの場面 (IC) に CM や在宅ケアチームの同席を依頼する。

退院後の生活にむけた情報共有と見立てを行う

7 退院予定の連絡と退院前カンファレンス

- 退院予定が決まれば可能な限り 7 日前 (注 1) までに CM に連絡しカンファレンスの日程調整
- (※) 病状が安定していて、本人・家族が在宅療養を望んでいる場合の目安。
- カンファレンスにおいて P 5 の「退院支援のために共有したい情報一覧」を参考に情報提供
- 予後予測のもと自立支援に向けたケアプランへの助言

在宅療養をスムーズにするための最終調整をする

(退院前カンファレンス)

- 病院から日程調整の連絡があれば出席 (注 3)
- ⇒ 必要があればサービス事業所等支援者の同席を調整
- ケアプラン原案を併せて、病院の多職種の見立てをふまえた助言をもらい、退院後の方針について決定

(退院時)

- 次回受診日確認
- 文書での情報提供依頼 (看護リハサマリー・紹介状等)

病院の多職種の見立てをふまえた助言をもらい、退院後の方針について決定

退院時

- 必要に応じてサマリー等の文書により情報提供

退院後の生活状況を病院にフィードバックする

(退院後)

- ケアプランの提出 □ 日ごとの情報共有・連携
- 今後の入院に備えた本人家族の意向確認と在宅療養支援

退院後の生活状況を在宅支援チームと共有する

9 退院後

- (継続受診者で) 独居の方で状態の悪化・受診中断があった場合、CM に連絡

今後の入院に備えた本人家族の意向確認と在宅療養支援

(注 1) 状況が大きく変わっているときは区分変更申請を検討する。
 (注 2) 回復期・維持期への転科、転院する場合は、CM に病院から連絡を行う。
 (注 3) 退院カンファレンスとサービス担当者会議同日に開催されることがあるその場合は、CM は必ず病院側にも同時に行うことを伝え関係者の参加・場所の手配を依頼する。

看取られたご家族への聞き取り

カテゴリー	聞き取り内容
生活	<p>○病院より家で見るほうがむしろ楽。家事をしながら夫婦で交代で看取ることができる。病院に行ったり来たりしなくていい。</p> <p>○病態がかわると必要な物も変わっていくが、若い患者は介護保険が使えないのでレンタルができず、自費で購入したり訪問看護師に借りたり自分で作成して対応した。</p>
家族	<p>○枯れるように亡くなっていく様子を生活をする中でみていたひ孫が、怖がることなく自然に死を受け入れている。</p> <p>○「家で死にたい」をかなえてあげられて満足している。</p>
看護師	<p>○在宅では、自分がみないといけないという気持ちがしんどかった。訪問看護師に24時間対応してもらえたことが救いになった。</p> <p>○訪問看護師に最期の状況について教えてもらっていたので、最期が近いのが分かって家族で看取ることができた。</p>
薬剤師	<p>○ターミナル期で薬がたくさんあると、家族だけで管理するのは難しく、訪問薬剤師に来てもらえてよかった。</p>
ホスピス	<p>○ホスピスが実施している遺族会で、介護している時の後悔している気持ちを医師や他の家族に聞いてもらえて胸のつかえがとれた。</p>

在宅療養を支援している関係機関への聞き取り

カテゴリー	今後の支援で必要性を感じる点
医医連携	<p>○病気を診る専門医と生活を見る在宅医が両輪となり、病状や介護の状況により重心を移すように移行できる医療が必要。</p> <p>○ホスピスと在宅医の連携により、家族の負担と不安が軽減された在宅療養が可能となる地域づくりが必要。</p>
生活の支え	<p>○民生委員や地域のボランティアなど地域住民の支援も一緒に考えることで、本人の生活を支えていくことが必要。</p>
本人の思い	<p>○本人の思いを知らないと、その時は納得したとしても、あとから後悔することもある。告知をうけるとともに、最期どこで過ごしたいのか、きちんと本人の思いを聞くことが必要。</p>
若年患者への支援	<p>○若いがん患者の経済的負担の軽減と、既存の制度の円滑な利用に向けた検討が必要。</p>
介護負担	<p>○家族全体の介護力をみて介護負担を減らす支援が必要。</p>
資源の周知	<p>○がん相談支援センターやサロンについて、まず院内スタッフへの周知が必要。</p>