

# 荒尾市民病院 緩和ケアチーム

## ～「あらおモデル」構築に向けての取り組み～

『**住み慣れた街で、最期まで自分らしく生きることを支える地域連携**』  
医療・福祉・介護・行政が有機的に連動するシームレスなネットワーク構築

### 「在宅ネットあらお」

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発等

在宅医療・介護連携支援センター（仮称）  
（郡市区医師会等）

地域包括支援センター



後方支援、  
広域調整等  
の支援

荒尾市

都道府県・保健所

熊本県(有明保健所)

### 「有明緩和ケアネットワーク」 「有明心不全ネットワーク」

荒尾市医師会  
在宅医療サポートセンター

### 荒尾市民病院

がん相談支援センター  
緩和ケア専門チーム  
心不全緩和ケアサポートチーム

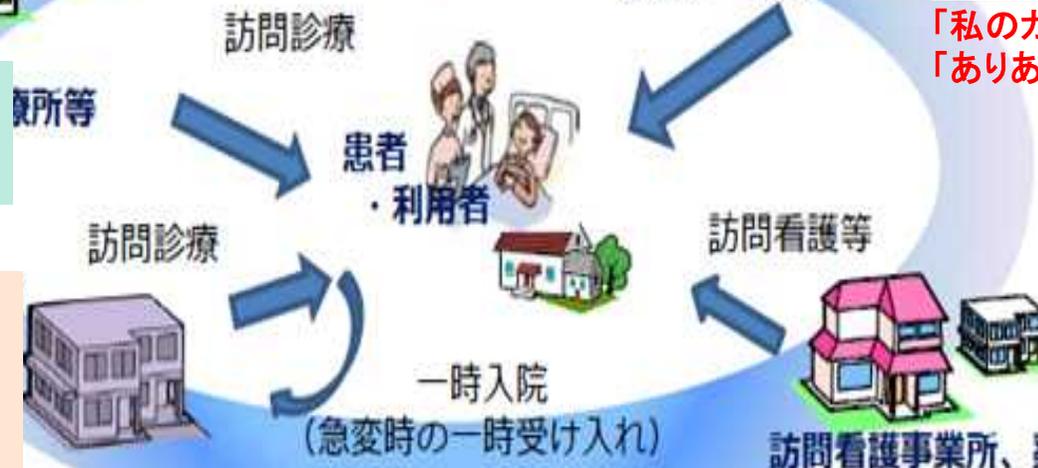
緩和ケア病床

関係機関の  
連携体制の  
構築支援

介護サービス事業所

あらお健康手帳(統合版)

「私のカルテ」「私のノート」  
「ありあけ心不全手帳」「糖尿病手帳」



熊本大学  
コホート研究

荒尾こころの郷病院

認知症疾患医療センター

# 荒尾市民病院 緩和ケアチーム



がんの痛みからの解放のために  
Japan Partners Against Pain

トップへ戻る

HOME

トップ > JPAP® プロジェクト > オレンジサークル > オレンジサークルの現場から > 荒尾市民病院(後編)

シリーズ: オレンジサークルの現場から  
がんの“イタミ”と闘うプロフェSSIONナルたち

## チームから地域に広がる“どこでも誰でも緩和ケア”



File No. 002

荒尾市民病院 緩和ケアチーム

### 後編 チームの力を、地域の力に

熊本県の北西部に位置する荒尾市民病院は、274の病床を抱える総合病院として地域に根ざした医療を行っている。県北地域では唯一の拠点病院における緩和ケアチームの活動を紹介します。



荒尾市民病院緩和ケアチームとは

1995年、「荒尾ターミナルケア研究会」として発足。当初は終末期医療に主眼を置いていたが、早期がんの痛みにも対応すべく、2002年には「緩和ケアチーム」に改名。2007年1月には地域がん診療連携拠点病院に指定された。リーダーは、外科・消化器病センターの濱口裕光医師。がん患者を診る機会の多い外科医を中心として、“どこでも誰でもできる緩和ケア”の実現に取り組んでいる。

## の組み～

域連携』  
ワーク構築

荒尾市

都道府県・保健所

熊本県(有明保健所)

介護サービス事業所

お健康手帳(統合版)

カルテ」「私のノート」  
あけ心不全手帳」「糖尿病手帳」



薬局等

の郷病院

患医療センター

『住  
医療・

「在宅ネットあらま

- ・地域の医療・介護関係の開催
- ・医療・介護関係機関の
- ・在宅医療に関する人材発 等

「有明緩和ケアネッ  
「有明心不全ネット

荒尾市医師会  
在宅医療サポー

荒尾市民病院  
がん相談支援セン  
緩和ケア専門チー  
心不全緩和ケアサ

緩和ケア病

# 「あらお健康手帳(統合版)」の開発

2009年当院を中心とした「有明緩和ネットワーク」を設立し、熊本県と福岡県を跨いだ有明圏域で緩和ケア連携体制の構築を開始。荒尾市では2015年2月、地域包括ケアを見据えた全国に先駆けて、荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」を荒尾市医師会内に開設し、在宅医療を中心に地域医療・介護・福祉の連携を目指している。地域包括ケアシステムの構築は、今後増加してくる認知症・高齢者の生活を支えていくことを中心に想定されたシステムであるが、その中でがんのみならず、慢性心不全・呼吸不全、腎不全等の終末期患者も多く存在し、あらゆる疾患に対しても緩和ケアを地域で提供していく体制が必要となる時代になってきた。最後まで、自分らしく住み慣れた街“あらお”で過ごせる街づくりを目指すためには、患者・家族の様々なニーズに対応し、その人生に寄り添うことができる多職種連携によるチーム医療の構築が地域緩和ケア連携には必要不可欠となる。2019年4月、癌のみならず、心不全、認知症、糖尿病、脳卒中連携パスを統合し、今後さらに高齢化が進む中で増加してくる疾患を一括管理できる「あらお健康手帳」を作成。高齢多死社会に見合った“地域全体で治し、支える”医療・福祉・介護一体となったツールを目指した。また、自分らしく最期まで生ききるための意思決定支援として、ACPのプロセスを医療の現場だけでなく、在宅、介護・福祉施設などあらゆる療養の場所において多職種で情報を共有し、紡いでいくためのツールとして開発した。

# あらお健康手帳（統合版）

## 【構成】

1. A5バインダー
2. 冊子(4~12ページ)
  - ① 基本情報
  - ② 医療連携
  - ③ 疾患別連携パス(認知症、がん、脳卒中、心不全、糖尿病)
  - ④ 薬剤連携(おくすり手帳)
  - ⑤ 医科歯科連携
  - ⑥ 介護連携
  - ⑦ 情報提供
  - ⑧ 母子手帳
  - ⑨ 人生会議(ACP)シート
  - ⑩ 救急医療シート(緊急時の約束)



複数の地域連携パスを統合し、在宅医療・介護を含めた地域連携手帳として、共同利用することで、患者自身が一元的に情報を保持し、各医療機関や関連する介護・福祉施設とも効率的に情報共有することが可能となる。

# グッドデザイン賞2020 受賞

あらお健康手帳



## GOOD DESIGN AWARD 2020

### ◎審査員公開コメント

お薬手帳や介護情報、医療情報など、健康に関する管理書類は、なぜか今までそれぞれバラバラに存在していた。それをとても簡単な方法で一冊にまとめ普及させようという取り組み。まずはリリースし広げた行動力に地域包括ケアの未来を感じ、大いに評価した。全国でも同じような取り組みが進むことを期待したい。

複数の地域連携パスを統合し、在宅医療・介護を含めた地域連携手帳として、共同利用することで、患者自身が一元的に情報を保持し、各医療機関や関連する介護・福祉施設とも効率的に情報共有することが可能となる。

# 「あらお健康手帳」で紡ぐ患者・家族の思い

- ①2016年4月の熊本地震においては、医療機関の電子カルテは役にたたなくなり、患者さんや家族が所持する「お薬手帳」が貴重な情報源になったという経緯から、今後も紙媒体である「あらお健康手帳」の有用性が示唆された。
- ②「人生会議シート」は、将来意思決定が出来ない状態になった時に、最終段階に関する決定だけでなく、患者本人の気がかりや重要な価値観、ケアの目標、病状や予後の理解、今後の治療やケアに関する意向と実現の可能性について、ADLが比較的良好な段階で継続的に多職種で話し合うことを可能にするツールとなる。
- ③「あらお健康手帳」ががんのみならず、心不全、脳血管障害、糖尿病、認知症などの情報を一元的に管理できるノートとして、また、医療のみならず、歯科、介護、福祉情報も共有でき、地域包括ケアシステムに関わる多職種をつなぐツールとなることが期待できる。
- ④非がん疾患の緩和ケアは、長期慢性疾患のケアの延長線上にあり、特に“意思決定支援”は重要となる。長期慢性疾患とともに生きる患者の人生の軌跡をこの地域で継続的に多職種で支えるために、「人生会議シート」で綴られる患者・家族の“思い”を紡ぎ、継続して多職種で話し合うことで患者・家族の様々なニーズに対応し、それぞれの人生に寄り添い、多職種連携による地域緩和ケアを“**One Team ARAO**”で行うことが必要不可欠となる。

「あらお健康手帳」が地域包括ケアシステムに関わる多職種をつなぐツールとして、患者・家族の思いを紡ぐツールとして、地域緩和ケア連携推進のための『**“あらお”モデル構築**』に向けて新たな第一歩となると考える。