

(3) 在宅分野

緩和ケア病棟・訪問診療所 医療連携グループ	
（国立がん研究センター東病院）	183
在宅医療支援チーム	
（国立がん研究センター東病院）	185
独立行政法人 国立長寿医療研究センター「在宅医療チームと在宅医療支援病棟との連携」	
（独立行政法人国立長寿医療研究センター）	188
在宅緩和ケア専門チーム	
（医療法人社団パリアン クリニック川越）	192
在宅ケア推進チーム	
（まるやまホームクリニック）	197
上田地域ケアを支える診療所・薬局連携チーム	
（い内科クリニック）	232
蔵の街とちぎ在宅療養支援チーム	
（株メディカルグリーン あゆみ薬局）	245
チューリップ・エルシーエス地域連携チーム	
（チューリップ薬局平針店）	249

緩和ケア病棟・訪問診療所 医療連携グループ (国立がん研究センター東病院)

チームを形成する目的

当院緩和ケア病棟においては、従来の看取り中心の施設から、在宅療養の困難となる症状への対応を中心とした急性期緩和ケアの提供を行い、症状が軽減した場合には速やかに在宅療養への移行を図っている。この状況においては、地域で在宅緩和ケアを提供する診療所と緩和ケア病棟の間で、患者情報に関する情報共有、情報交換が密に行われる必要がある。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

グループウェア上で患者毎にグループを作り、患者・家族の同意を取得した上で、患者を匿名した形で患者情報について、緩和ケア病棟医師（2名）と在宅療養支援診療所の医師間で診療情報の共有を行う。1）患者の症状に応じて緩和ケア病棟に速やかに入院。2）患者が退院後は患者の症状コントロール等に関する治療方針について、グループウェア上で情報交換を行う。このシステムを利用し、緩和ケア病棟医師と在宅診療所で関わったケースに関するデータを集積し、緩和ケア病棟と在宅療養支援診療所との連携に役立つ内容の記述を行う。

本事業を遂行する過程で、当院緩和ケア病棟と特定の在宅療養支援診療所と特定一般病院の連携に関して継続的に話し合いをもち、成果の一つとして、地域連携トライアングル〈まつど〉という患者・家族向けの地域連携に関するリーフレットを作成した。

チームによって得られる効果（評価方法）

必要に応じて患者が緩和ケア病棟に速やかに入院できる。症状がコントロールされ、在宅に患者が退院してからも、緩和ケア病棟医師と在宅診療所の医師間で症状コントロール等に関して、意見交換を行うことにより、在宅療養の継続が可能となる。患者・家族の希望に応じて在宅看取りの達成率も高くなる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

緩和ケア病棟医師（2名）と特定の4カ所の在宅療養支援診療所と合計37名の患者に関して、情報共有・意見交換を行った。内容としては、症状緩和について、緩和ケア病棟への入院のタイミング、経過報告、退院・在宅療養に際しての注意点、患者・家族の不安等であった。本事業の参加者の意見としては、緩和ケア病棟にとっては、入院のためのベッド調整、病棟スタッフへの自宅での療養状況のフィードバック、治療方針の継続性、家庭状況の把握等に関して有用であった。在宅療養支援診療所の医師にとっては、緩和ケア病棟の入院待機状況、難治性の症状への対応、自宅での療養に必要な支援への準備等に関して有用であった。

また、本事業に参加した患者・家族からは、病院と診療所が連携しているとわかって安心できたとの意見を多数得た。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

本事業の限界としては、特定の在宅療養診療所の医師のみの情報共有を行った点である。在宅医療においては、必要に応じて訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護事業所など多職種が患者・家族に関わる。今後は多職種による情報共有を行っていきたいと考える。

また今回は緩和ケアに関して一定の知識・技量の水準が一致していると緩和ケア病棟の医師が判断した診療所の医師のみを本事業における連携の対象とした。今度は緩和ケアの経験の少ない診療所の医師との連携にも力を入れていく必要がある。

解決が難しい問題として、個人情報取り扱い、ICTに関する制度の整備があげられる。今回は暗号化されたグループウェア上で個人を特定出来る情報は削除して情報共有を行ったが、この取り組みが現在あるガイドライン等に準拠しているか判断は難しい。

また病院側の医師として今回は緩和ケア病棟の医師のみを対象としたが、病院から在宅に移行する患者を全て緩和ケア病棟の医師が関わることは現実不可能である。しかし、在宅療養支援診療所の医師との情報共有・意見交換を行うためには在宅医療の視点を持っていること、緩和ケアに精通していることが必要であり、病院全体に本事業を推進するためにはがん治療に携わる医師に対して、緩和ケア、在宅医療、地域連携に関する十分な教育が必要である。

総括評価

本事業を通じて、緩和ケア病棟と在宅療養支援診療所のタイムリーな情報共有・意見交換は地域連携、在宅医療の推進において重要であると考えた。今後、本事業を多職種に広げていけるシステムについて現在検討中である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

在宅緩和医療はがん対策推進基本計画の「均てん化」に拘泥されてはならない。そのことが確認できたのが本事業の成果だったと思う。オピオイドを扱わざるを得ない在宅緩和ケアでは薬剤師の果たす役割は大変大きい。在宅緩和ケアでのエキスパートとなる調剤薬局を、今後どのように育てるかが課題である。以上、日頃考えてきたことが確認された実証事業であった。

緩和ケア病棟医師と在宅療養支援診療所の医師の双方が、これまで得にくかった家庭での患者情報や入院待機状況や自宅療養に必要な支援の準備等が得られていることなどが上げられており、患者サイドにとっても、連携の取り組みは、おおいに安心材料になっている。このほか、患者・家族向けの地域医療連携に関するリーフレットも作成されるなど、地道な地域連携が進展したと言える。

課題は、やはり今回はチーム医療という中で、病院と診療所の医師によって構成されたチームの段階である。実効性ある在宅緩和ケア事業を展開していくためには、より広範な多職種によるチーム医療の実践が不可欠であると考える。訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーションステーション等との情報共有、実践活動に取り組まれない。

情報共有に関しては、ICTの活用が有効との評価に落ち着くが、そのセキュリティの問題、負担すべきコストの軽減、医療側、患者側双方にとって有意義であると実感できるシステムや情報端末機器の整備が必要であり、これには、1医療機関の枠を超えて産(医療機関含む)官学一体となって、効率的効果的開発の進捗に期待したい。

在宅医療支援チーム (国立がん研究センター東病院)

チームを形成する目的

多数の職種が協力しあうことで、様々な問題が発生する在宅医療を支援していく。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：緩和医療・ケアの理念、実際のやり方を文書で示し、チームに徹底する。他院の医師などとの連携窓口。チームの司令塔

病院薬剤師：薬局薬剤師の業務に役立てられるように院内でのがん薬物療法に関する情報提供を行うことで、がん薬物療法の均てん化をはかる。定期的ながん薬物療法に関する研修会を開催する。

薬局薬剤師：入院時に、在宅での薬歴情報を病院薬剤師の薬剤師業務に役立てられるように情報提供を行う。また、退院時共同カンファレンスに参加して患者情報の共有を行う。

チームによって得られる効果（評価方法）

従来、在宅医療の問題点は在宅医療に従事している当事者だけで解決方法を検討していたが、病院側にて在宅医療支援チームを設置することで病院スタッフも含めた総合的な解決策が検討できる。がん緩和医療においては適切な管理が必要な医療用麻薬や適応外に使用される薬剤も多く、薬剤師部門においては院外処方せんを応需する保険薬剤師と連携をすることで、病院での処方意図を反映した薬剤指導が継続可能となり、服薬アドヒアランスの向上、患者のQOLの向上に繋がると考えられる。評価方法としては再入院率、入院回数等の変化を考えている。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1. がん薬物療法の均てん化

平成23年度は地域保険薬局の職能団体である柏市薬剤師会と連携の在り方について6回の会合を行い、共催で3回（6月、10月、2月）の地域がん医療研修会を行った（資料1）。そのうち、10月、2月の研修会が本実証事業の委託として行われた。10月、2月の参加者数はのべ197名（薬局147人、病院50人）となり、共催の柏市薬剤師会に関しては会員薬局の約3割（33/99）から参加があった。実証事業により交通の便が良い柏駅前の会場にて研修会実施が可能となり、参加者数は委託前の6月に比べ2月の研修会では33%の増加（88→117）となった。とくに県内のがん診療拠点病院からの参加者が増加していた。研修内容に関する参加者アンケートでは、「理解できた」、「おおむね理解できた」を合わせて91%（81/89）となっており、本事業により保険薬局を含む近隣医療施設でのがん薬物療法の均てん化が促進されたと推測する。

2. 退院時共同指導への保険薬剤師の参加

柏市薬剤師会と連携し退院時共同指導への保険薬剤師参加を計画したが、実施に至った症例は無かった。その理由としては、柏地区で対象となる患者が少なかった、退院決定から退院までの期間が短くスケジュールの都合が合わなかった、等であった。しかし、間接的に情報伝達を行った事例として、郵便やFAX等を利用して文書で患者情報の提供を行った症例

が5件、電話にて情報提供を行った事例が10件あった。情報提供を行う上で保険薬局より希望があった項目として、投与予定薬剤とその投与目的があり、これらを含めた情報提供文書を作成した（資料2）。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1. 連携の在り方

当院で行った第1回がん治療研修会での事前アンケートではがん患者の処方せんを応需している薬局が少なく、回答した保険薬局の約91%が平均10枚/日以下であった。がん患者の処方せんには抗がん剤や医療用麻薬が含まれていることが多く、当日中の薬剤入手を希望する患者が病院の門前薬局に集中していることが推測された。このことから、がん患者の処方を多く取り扱う門前薬局と、他の市中薬局とで連携の在り方を以下のように変える必要があると考える。

門前薬局：経口抗がん剤の投与レジメンや副作用対策、医療用麻薬の適正使用などがん薬物療法に関する専門的な情報提供、および、保険薬局にて入手した服薬コンプライアンスや副作用発症に関する患者情報の相互共有

市中薬局：がんの病態生理やがん患者の心理などがん患者に接するための基本的な知識の提供とがん薬物療法の学習支援

2. 学習に対するモチベーションの維持

柏市薬剤師会との会合にて、実際に研修を受けてもがん患者があまり来ないため研修に対するモチベーション維持が難しいとの問題が挙げられ、研修シールや受講終了証の発行などが検討された。

3. がん医療で用いる薬剤の備蓄問題

規制薬品である医療用麻薬や高価な経口抗がん剤は消費が確実になければ不動在庫となるリスクが高く、保険薬局の経営上、備蓄量は必要最小限に抑えられる。在庫が無いことを理由に処方への応需を断られる患者もおり、処方が門前薬局に集中する一因となっている。患者側にとっても確実に応需してもらえる薬局が分からず、複数の店舗を回る事例があり、確実な処方せん応需を保証するシステムの確立が必要であると感じた。

この対策として薬剤師会等の公的機関による、がん領域で用いる医薬品の取り扱いを掲示した薬局の設置や前述の研修会受講終了証を掲示し他の薬局との差別化を図る案などが検討された。

総括評価

地域連携の一環としてチーム医療による薬薬連携を試みたが、病院と在宅では使用できる薬剤や医療器具が同じではなく、従事している薬剤師の経験や雇用形態も異なる。双方の現場を知らぬまま情報のやり取りをしているだけの連携は誤解や事故を招きやすく、医療安全上好ましくない。連携の在り方として今後は病院と保険薬局の双方の薬剤師が互いの職場で研修を行い、相互理解を深めることが必要であると感じた。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

本事業も上記の「緩和ケア病棟・訪問診療所 医療連携グループ」と同様の問題提起をしている実証事業である。在宅緩和ケアは特定の診療所（本事業では4ヵ所の在支診）が中心となっただけで、この領域でもがん対策推進基本計画の均てん化の呪縛から解放されなければならないと思う。

国立病院と地域薬剤師会と連携の在り方について検討の場をもち、共催で研修会を開催するなど、在宅患者の薬薬連携の推進拡大と地域薬剤師の資質向上等国立病院の地域貢献が成果を見せている。そのことにより、地域薬剤師の要望に応えた「情報提供文書」を作成し、地域のニーズに合った連携の取組がなされている点が評価できる。

「当日中に入手できる薬局とその他の市中薬局との連携の在り方を考える」、「学習に対するモチベーションの維持」及び「がん医療に用いる薬剤の備蓄問題」という課題については、実証報告にあるように、より円滑な薬剤師の資質向上と連携が図れるよう、今後も薬剤師会との検討を継続して欲しい。

また、「確実な処方箋応需を保証するシステムの確立」という課題については、各薬局の実情は薬剤師会でも把握していると思うが、保健所・保健福祉事務所薬剤師とも協働して、リストの作成を図り、病院で処方時患者の情報提供に参考にさせるようにしてはどうか。

これらに加え、「在宅患者を支援する専門職の知識・情報の共有」も課題の一つと考える。薬局との連携から発展させ、地域で、がん患者さんの在宅療養を支援している専門職、機関との連携拡大の視点で、地域ぐるみでがん患者を見守る体制づくりの基盤整備に寄与していただきたいと思います。地域の現場では、がんや治療の基礎知識や薬剤管理の情報は不足しているという声を聞くため、現在実施されている研修会の対象を更に拡大していただきたい。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
「在宅医療チームと在宅医療支援病棟との連携」
(独立行政法人国立長寿医療研究センター)

チームを形成する目的

在宅医療を希望する患者が、よりよい状態で在宅療養を継続するために、地域で在宅医療を行っているチームと在宅医療支援に特化した病棟との連携モデルを構築する。このような連携モデルを構築することで在宅医療チームと病院（病棟）との連携を強化することができ、在宅医療を開始した患者ができるだけ長く自宅での療養を継続することができる。

また、在宅医療多職種チームと病院多職種チームが、それぞれにチーム医療・連携協働の意識を持つことができる。さらに今回の事業により、退院時カンファレンスや病棟チームの患者宅訪問の有効性評価を行うことができる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

<評価方法>

退院時合同カンファレンスや病棟チームによる患者宅訪問を行った入院患者群と行わない患者群のアウトカム（退院後の在宅療養期間、自宅死亡率、再入院率）を比較検討した。

<関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法>

2009年4月より当センターでは在宅医療チームと病棟チームとのシームレスな多職種連携を目指して「在宅医療支援病棟」(20床)を開棟した。在宅医の在宅患者に登録制を用い、登録医の入院依頼であれば、どのような目的の入院であれ受け入れる体制を整えた。入院中は多職種協働による評価、介入を行った。事業期間に愛知県知多地区の77名の在宅医、14個所の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所(30個所以上)と連携を行った。

今回の実証事業では、在宅患者入院中における、在宅医療チームと病棟チームとの連携や密なコミュニケーションが退院後の患者予後に与える影響を検討した。実際には、在宅医が参加した退院時合同カンファレンスの実施や病棟看護師の自宅訪問が、患者の在宅療養の継続に有効であるかを検討した。カンファレンス等、今回の事業における各職種の役割は以下のものであった。

医師（病棟）：在宅医の要請に応じ、入院患者のシームレスな受け入れと、入院中の治療を行い、退院後の治療方針を在宅医療チームとともに退院時カンファレンスの場で検討した。

在宅医（診療所）：退院患者の在宅医療の中心者として、訪問看護ステーション看護師と連携し継続した治療を実施した。在宅患者が入院した場合に、退院時合同カンファレンスに出席、あるいはテレビ会議システムを用いて参加し、家族、病院チームとともに退院後の治療方針（自宅での看取りの可能性を含め）を検討した。

看護師（病棟）：在宅患者入院中の患者の看護や家族への退院後の生活サポートを行うとともに、必要に応じ入院患者の自宅訪問を行い、家族、ケアマネジャーとともに患者本人の生活状況にあった支援の方向性を検討し、入院中の看護介入に役立てた。

訪問看護師：在宅医と協働して、在宅患者の療養継続への看護を行った。患者入院中は、病棟看護師と協働して、患者、家族の退院後の生活支援、精神的支援を行った。

地域医療連携室（看護師・社会福祉士）（病棟）：在宅医療チームと病棟チームとの連携がスムーズに進むよう、入院患者の受け入れ窓口になることや退院調整を病棟看護師とともに

に行った。必要時、病棟看護師とともに入院患者の自宅訪問を行った。

ケアマネジャー：在宅療養中の介護支援のコーディネーターの中心的役割。入院中は病棟看護師、訪問看護師と協働し、退院時カンファレンス参加も含め退院後の介護支援体制の調整を行った。病棟看護師の自宅訪問時には同席し、家族とともに患者の退院後の生活を考えた介護計画を立案した。

歯科医師（病棟）：口腔評価・ケア

薬剤師（病棟）：服薬能力評価、オピオイド・ローテーションの管理、家族指導

理学・作業療法士、言語聴覚士（病棟）：リハビリの必要性評価・介入、嚥下評価・訓練

栄養士（病棟）：栄養状態評価・食事形態の検討。上記、歯科医師、薬剤師、理学・作業療法士、言語聴覚士、栄養士による病棟内評価・介入の結果は退院時合同カンファレンスにおいて在宅医療チームに伝達した。

（倫理面への配慮）

臨床研究指針に準じて行う。得られたデータの個人情報公表せず、単に集計データとして報告とした。

チームによって得られる効果（評価方法）

- ・ 在宅医療チームと病院（病棟）との連携を強化することで、在宅医療を開始した患者ができるだけ長く自宅での療養を継続することができる。
- ・ 在宅医療多職種チームと病院多職種チームが、それぞれにチーム医療・連携協働の意識を持つことができる。
- ・ 退院時カンファレンスや病棟チームの患者宅訪問の有効性評価を行うことができる。

＜評価方法＞

在宅医が参加した退院時合同カンファレンスや病棟チームによる患者宅訪問を行った入院患者群と行わない患者群のアウトカム（再入院率、退院後の自宅療養期間、自宅死亡率）を比較検討する。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

退院前カンファレンス実施率

2009年度、2010年度及び2011年4月～12月（年度途中）までの入院件数はそれぞれ252、263、182件であった。退院前の多職種によるカンファレンス実施率は、それぞれ32、27、24%であった。カンファレンス実施した中での、在宅医出席率は23、31、26%であった。また、入院人数で集計すると、多職種カンファレンス実施率は42、44、40%であり、このうち在宅医の出席率は23、24、20%であった。退院前訪問実施率はそれぞれ24、19、21%であった。

2009年4月～2011年12月までの集計では、非がん患者、がん患者の在宅死亡者は42名、33名でカンファレンスは52、76%に実施されており、死亡退院（入院死亡）は23名、34名でカンファレンスは48、76%に実施されていた。

自宅療養期間への各介入の影響

全患者の生存時間解析では非がん患者、がん患者の生存時間の中央値はそれぞれ185日

(95%信頼区間 121.0-249.0), 33 日(95%信頼区間 26.2-39.8)であり、ログランク検定では $P<0.001$ の危険度で有意に差が認められた。在宅療養期間を退院後の死亡日までの日数あるいは打ち切りまでの日数で計り、比例ハザード分析を行ったところでは、退院前訪問、カンファレンス実施、カンファレンスへの在宅医参加は有意な影響は認めなかった。

自宅死亡率への影響

自宅死亡への影響をがん、非がんでの層別化により、検討(年齢、性別により調整した比例ハザード分析)したところ、がん患者における、カンファレンス実施は有意確率 0.001 でハザード比 1.92 と有意な高値を示しており、カンファレンス実施が自宅死亡率のアップにつながる可能性を示した。退院前訪問、カンファレンスへの在宅医参加は有意な影響は認めなかった。また、非がん患者ではカンファレンス等によるハザード比への有意な影響は認めなかった。

再入院への影響

再入院に関しての検討では、がん患者で有意確率 0.13 で、ハザード比 1.72 で高く、また男性が有意確率 0.019 で 0.976 のハザード比を示した。非がん患者では再入院に関してのハザード比に退院前訪問、在宅医のカンファレンス参加は有意な影響を認めなかったが、カンファレンス実施は有意確率 0.090 でハザード比 0.776 の値を示した。

D. 考察

多職種による退院前カンファレンス、退院前訪問実施率

2009 年度、2010 年度及び 2011 年 4 月～12 月(年度途中)までの入院件数はそれぞれ 252、263、182 件であった。退院前の多職種によるカンファレンス実施率は、それぞれ 32、27、24%であったが、カンファレンス実施した中での、在宅医の出席率は 23、31、26%であり、在宅医のカンファレンス参加は以前困難な状況にあった。実際の参加にあたっては病院までの往復の時間、カンファレンス参加時間が負担となっていると考えられ、テレビ会議等を用いた、より効率の良い参加スタイルの構築が急務と思われた。退院前訪問は退院前カンファレンスより実施件数は少なく、病棟スタッフへの負担(勤務時間の消費)がより大きいためと考えられた。

自宅療養期間への各介入の影響

在宅医療・介護スタッフ、病棟スタッフによる、多職種での退院前訪問、退院前カンファレンス(及び在宅医参加の有無による検討を含む)が退院後の自宅療養期間には有意影響を及ぼさなかった。

自宅死亡率への影響

がん患者、非がん患者で生存関数が有意な相違を示したため、がん、非がんでの層別化した解析を行ったところ、がん患者でのカンファレンス実施は、自宅死亡のハザード比は有意に高値であった。非がんでは同様の影響は認めなかった。がん患者では初回入院での死亡退院が多く見られ、入院に至る前の多職種介入がなければ、病院死亡が多くなることが示唆された。

再入院への影響

がん患者におけるカンファレンス実施と女性がハザード比を有意に高めており、カンファレンス実施により再入院はむしろ増加することが示唆された。非がん患者でのカンファレンス等の介入は再入院への有意な影響は及ぼさなかった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

がん患者における、多職種カンファレンスは自宅死亡率にポジティブに影響する一方、再入院率はむしろ増える傾向となることが示された。緊急時やレスパイトサービスなど入院の受け入れを保証するカンファレンスでの内容が、再入院を容易にする可能性がある一方、在宅スタッフと病棟スタッフと家族を含めたカンファレンスの実施は、自宅療養の延長としての自宅死亡率に影響を与えることが示された。非がん患者ではこれらの介入が、再入院、自宅死亡には有意な影響は認めなかったが、今後、在宅医の出席率の増加等の試みにより、十分な介入ができれば、今後、影響を及ぼす可能性は高いものと考えられた。

総括評価

退院前カンファレンスの有用性については、再入院、自宅死亡、自宅療養期間に及ぼす影響についての検討は行われてこなかったが、本事業により、がん患者においての退院前の多職種カンファレンスは自宅死亡（率）に強い影響を及ぼすことが明らかとなった。非がん患者においては同様の結果は得られず、カンファレンスの質的評価等さらに検討が必要である。カンファレンスへの在宅医の低い出席（率）については、ICT を用いるなど負担が少ない形での参加の推進が必要と考えられた。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

本事業は、地域の病院が在宅医療を積極的に支援し、地域で在宅医療を行なっているチームとの連携のあり方を模索することが、チームアプローチの主目的であり、在宅療養支援診療所のような専門的在宅医療機関が存在しない地域では、1つの重要なモデルとなると期待できるものと考えている。

将来的な問題としては積極的に在宅医療に取り組もうとする医師が地域に出た場合、その力を削ぐことになる可能性があるため、このようなモデルの位置づけ（つまり病院が在宅医療を行なえばよい、というような枠組み）を慎重に検討する必要がある。また、もし病院が直接在宅医療に関わるとすると、その条件も厳密に吟味する必要がある。

退院支援調整部門ができたことで、任せる部署ができたとして、病棟看護師の在宅支援意識が低下したという現状も聞かれる中、病棟看護師が必要時自宅訪問をするなど、退院支援や在宅生活調整の意識が高く、「退院前カンファレンス」を連携の好機会としてとらえている。

課題としては、①退院前カンファレンスに在宅医の出席率増加させる工夫が必要（例：テレビ電話）、②退院前カンファレンスの質的評価の検討、③退院前の訪問の必要性和病棟看護師の負担の軽減、④在宅医療チームの多職種拡大が挙げられる。

在宅緩和ケア専門チーム (医療法人社団パリアン クリニック川越)

チームを形成する目的

緩和ケアを専門とする診療所と、訪問看護ステーションが一体化した医療チームを形成することにより、以下の目的を達成する。

- 1) より多くの末期がん患者が高品質の在宅緩和ケアを受け、安心して最期まで地域で過ごせること。
- 2) 地域の一般診療所、訪問看護ステーション等を専門的立場から支援すること。
- 3) 地域の治療病院との連携を円滑に行い、病院の負担を軽減すること。
- 4) 教育、研修、勉強会等を通し、地域の福祉職のレベルアップを図ること。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

■ 役割と業務内容

医師

- ① チームの司令塔：緩和医療・ケアの理念、実際のやり方を指示書として示し、チームメンバーへの周知徹底
- ② 患者・家族の相談外来の実施
- ③ 訪問診療または往診、処方等の医療
- ④ 24時間ケアの提供
- ⑤ 病院等の医師との連携窓口

在宅緩和ケアコーディネータ

- ① 相談外来のアレンジ（紹介元の病院連携室等との連絡）
- ② 在宅ケア開始時の調整（訪問看護師、調剤薬局、病院連携室、在宅医、介護支援専門員、ボランティア、その他関係する職種の調整）
- ③ 在宅緩和ケアを開始した患者の家族調整
- ④ 在宅ケア終了時まで、組織内並びに組織外の専門職の調整

看護師

- ① 定期的または緊急時の訪問看護
- ② 24時間ケアのファーストコール対応
- ③ 担当ケースの在宅緩和ケアチームマネジメント
- ④ その他の医療職（薬剤師、理学療法士、作業療法士、保健所保健師等）や福祉職（地域包括支援センター相談員、介護支援専門員、訪問介護士、社会福祉協議会ソーシャルワーカー等）、行政（生活保護担当ソーシャルワーカー等）との連携窓口
- ⑤ 患者・家族からの相談業務

■ 実施方法

- ① 医師と看護師が密に連携したチームとして、末期がん患者の在宅緩和ケアを行う。
- ② チーム内で、ケアの理念・目的、ケアプログラムを共有し、クリニック川越の医師はそれらを文書の形で周知徹底する。
- ③ 24時間ケアを医師と看護師とで共同して担う。
- ④ 医師と看護師は週3回のケースカンファレンスを行なう。必要に応じて多職種とのカン

ファレンスを行う。

- ⑤ 電子カルテ、電子看護記録等を有効に用い、リアルタイムの情報共有を行う。
- ⑥ 毎月第三水曜日に公開カンファレンスを開催し、地域の関係機関や関連する職種との連携を密にする。

チームによって得られる効果（評価方法）

■ 効果

1. 関わる患者・家族に対する直接効果

- 1) 高品質の全人的（トータル）ケアを、より多くの患者に提供できる。
- 2) 高レベルの緩和医療を提供できる。
- 3) 独居や認知症、老老介護等の困難事例に対処することができる。
- 4) 病院から在宅への移行の時間的ロスを少なくし、患者・家族が在宅での時間をより有効に過ごすことができる。
- 5) 家（自宅ではない在宅を含む）で最期のときを過ごしたいという患者・家族の希望を叶えることができる。

2. 地域医療のレベルアップ

- 1) 地域緩和ケアに携わる様々な職種に専門的立場から支援することができる。
- 2) 在宅緩和ケアが専門ではない在宅医療を行う専門職のレベルをより高くすることができる。

3. 間接的効果

- 1) 地域のがん治療病院の負担を軽減することができる。
- 2) 病院への緊急入院を減らし、バックアップベッドを減らすことができる。

■ 評価方法

- 1) 一定地域（墨田区）の在宅死率の変化を追う。
- 2) 在宅死率の変化と、在宅緩和ケア専門チームの関与を調査する。
- 3) 在宅緩和ケア終了ケースについて、遺族の満足度調査を行う。
- 4) 研修、勉強会の回数、参加者の数を記録、検証する。
- 5) 地域診療所への具体的支援の数と内容を記録し、検証する。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1. 一定地域（墨田区）の在宅死率の変化

墨田区は江東、江戸川両区と共に東京都区東部二次医療圏に属し、区の人口はおよそ24万人である。区内には3つの300床規模の急性期病院（都立墨東病院、同愛記念病院、賛育会病院）があり、うち賛育会病院には22床の緩和ケア病棟があり、24の在宅療養支援診療所がある。墨田区における、年度別がん在宅死率と当チーム（医療法人社団パリアン）が関わった症例の頻度（添付資料図1）、および墨田区内のがん在宅死数とうちパリアン症例数を添付資料図2に示した。

パリアンが活動を開始する1999年以前、墨田区のがん在宅死頻度は日本全国の平均とほぼ同一（1999年実績で6.4%）であったが、パリアンが活動を開始してから、その数字は徐々に増加している（2010年実績で17.1%）。その内訳をみると明らかのように、

墨田区のがん在宅死の半分以上をパリアンが担っている。ただし、パリアンの活動地域は墨田区のほか、江東区、台東区、江戸川区、中央区など広範囲にわたるため、墨田区のがん在宅死率は増加傾向にあるものの、関わる症例の頻度には年度ごとのばらつきがある。

今回の実証事業の期間内の墨田区内の在宅死率は、区の集計が平成23年11月以降は未実施であるため、期間全体の在宅死率を論ずるだけのデータを収集することはできなかった。しかし過去10年間、ケアを提供するチームの基本的な構成は変わっていないので、パリアンのような在宅緩和ケア専門診療所を中心としたチームは、一定地域の在宅死率に貢献したと評価してよいと考えている。

2. 在宅死率の変化と、在宅緩和ケア専門チームの関与

今回の実証事業を通して、地域全体のチーム医療体制を新たに構築することができた。そのチームが果たす成果に関しては今後の課題であると考えている。ここでは、墨田在宅緩和ケアネットワーク参加診療所における、24時間ケアの取り組みについて報告する。

24時間ケアは在宅緩和ケアの提供において、医療サービスの安全性・効果を最も反映するサービス内容であり、患者と家族の安心感のみならず医療者の負担の軽減の点でも最重要課題である。パリアンでは過去10数年間、のべ千数百の在宅死に関わってきたが、24時間ケアに関してクレームが来たことは皆無であり、医師のバーンアウトもなかった。このようなシステムを構築できたのは、24時間ケアの体制を医師と看護師で協働して担ったこと、患者から見ると緊急時の連絡先として、First call、Second callの各看護師、Third callの医師と、3重のセーフティネットを張っていることに関係していると考えられる。この24時間体制を継続してきたが、医療者側としても特別な問題はなく、特に家族から大変安心できて家で最期まで看取ることができた、との声が多かった。

3. 在宅緩和ケア終了ケースについて、遺族の満足度調査による実証事業の評価

今回の実証事業申請書提出段階では「在宅緩和ケア終了ケースについての遺族の満足度調査」を行うことを計画していたが、“患者の死亡後一年間はできるだけそっとし、不必要な刺激を与えないこと”という遺族ケア（Bereavement care）の専門家のアドバイスに従い、年度内の調査を割愛した。ただしこの問題は非常に重要なので、調査のタイミング（どの時期の家族の満足度を評価すべきか）、調査内容などに関し、専門家の意見を取り入れて今後取り組みたい、と考えている。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

1. 在宅緩和ケアを担う診療所の特定とネットワーク化の問題

今回の実証事業は地域緩和ケアの普及と言う観点から、墨田区という一定の地域に限定して在宅緩和ケアに関わる専門職のネットワーク化を研修・勉強会を通して試みた（添付資料評価4）参照）。医師以外の専門職の参加は多かったが、医師に関しては積極的に参加する施設、特に診療所が少なかった。この問題は墨田区に限ったものではなく、他の地域でも同様の話を非公式に伺ったことがあり、国レベルでの政策の問題として、ネットワーク化を論じるとともに、在宅緩和ケアを担う医療機関の確保をどうすべきかという視点で、今後検討しなければならないと考えている。

2. 24 時間支援体制とネットワーク化の問題

在宅緩和ケアの実施には、患者の医療依存度の高さや経過の速さから 24 時間体制が実質的に求められるが、この条件を制度的に満たしているのは在宅療養支援診療所（以下、在支診）である。しかしながら、東京都医療機関案内サービス“ひまわり”によると墨田区には 26 の在支診が存在する(2012 年 3 月 31 日現在)が、その中で「墨田緩和ケアネットワーク（添付資料 評価5）参照）」に参加したのはわずか 6 診療所であった。ネットワーク化に参加する診療所の数が少ない問題をどのように考え、どのような対策をとるべきか、検討を要する。

近年は地域ネットワークに関する勉強会や連絡会（病院単位の地域連絡会、医師会主催の勉強会など）が随所で頻繁に開かれているため、緩和ケアネットワークには、在宅緩和ケアに関心のない診療所は参加しない、あるいは地域ネットワーク化に関心がないなどの理由が考えられる。しかし、在支診の届け出はしたが、24 時間体制での在宅緩和ケアは大変なので末期がん患者は診ていないという診療所（墨田区に少なくとも一つはあることを確認した）が存在することの問題が大きいと考える。このようながん患者の在宅ケアに関しては休止状態のような在支診をどうやって緩和ケアの場に引き出すか、という視点からの検討も必要であるが、そもそもそのような診療所まで何らかのインセンティブをつけて在宅緩和ケアを担ってもらう必要があるのか（事項3でもこのことを論じる）、と言う視点に立った検討が必要であろう。

墨田区が他の地域と比較してがん患者の在宅死率が非常に高いのは、24 時間体制を厳密に実行している在宅緩和ケア専門チームの力に拠るところが大きく、このような地域ネットワークを構築している墨田区の例は、今後他の地域の参考になると考えている。

3. 地域の需要に応えるネットワーク化の問題

今回の実証事業を通して、地域の在宅緩和ケアの需要を満たす診療所の問題を考える場合、ネットワーク化が第一ではなく、どのような診療所が緩和ケアを担うべきかをまず問うべきであり、その上でそのような診療所のネットワーク化を考えることが重要である、と考える。

墨田在宅緩和ケアネットワークへの参加診療所は数こそ多くはないが、そこで同時に受け入れ可能な末期がん患者数は全体で $45 + \alpha$ なので、これだけで墨田区の在宅死率を 35～40%に高めることが計算上可能である。これらのことを踏まえて考えた場合、平成 24 年 4 月の診療報酬改定の中で在支診にメリハリをつけること（機能強化型在支診の新設）は、地域の緩和ケアの実質的な普及の大きな弾みとなるはずである。逆に、国がこのような制度を新設したのであるから、地域の診療所がそれに応えなければならないと考えている。

4. 今後の課題

今回の実証事業の新しい点は、墨田区内の地域の医師（木村医師；木村医院院長）の協力で、パリアンの 24 時間体制の普遍化への取り組みに着手したことである。すなわち、木村医師が主治医となって診ていたがん患者を、訪問看護パリアンと連携の在り方に関する詳細な取り決めを行った上で、チームとして診る、という試みを開始したのである。木村医師はこれまで他の訪問看護ステーションと協働して末期がん患者を診た経験はあるが、緊急連絡先（First call）として木村医師が担い、在宅療養中に急変などが生じた時は木村医師が全て直接対応する形をとっていた。その負担感は大変大きく、複数のがん患者を診る余裕がな

かった。パリアンの24時間体制を適用することにより、木村医師の負担は軽減し、しかもきめ細かいケアを提供することができたため、木村医師から非常に高い評価を得ることができた。

今後の課題として、このような24時間体制を地域の他の医師とどこまで広げることが可能か、ということがある。今回の実証事業の延長として、この問題に取り組んでいきたいと考えている。

総括評価

今回の実証事業では、過去10数年間パリアンが実施してきた在宅緩和ケアを改めて体系的に検討し、実施したが、これまであまり力を入れてこなかった地域の仲間、特に在宅緩和ケアに関心を持つ医師との協働について見直す契機となった。パリアンで継続している在宅緩和ケアを地域全体としての課題として取り組むことができれば、他の地域の参考になると考えている。墨田在宅緩和ケアネットワークは設立後間もないが、参加した医師らは、この協力体制が地域における緩和ケアの今後の充実と発展に大きく寄与していくものと考え、望んでいる。

在宅緩和ケアの最大の課題は24時間支援体制を患者視点に立っていかに構築するかという問題であり、これは基本的に各診療所の問題であるが、パリアンのこれまでの経験やノウハウを地域の診療所に伝えることで、この地域の在宅緩和ケアの質と量がますます充実すると考えている。そのような診療所が地域に育っていけば、機能強化型在宅療養支援診療所を中心としたネットワークを地域に展開することが可能となり、がん治療病院、一般病院、緩和ケア病棟を有する病院などとの有機的な連携が深まり、患者・家族に「がんになっても最後まで安心して地域で過ごせる社会」が実現すると考えている。

診療所・訪問看護機関・病院以外の他の医療関係機関、福祉との連携・ネットワーク事業もこれまで通り（実証事業開始前と言う意味）行っていく予定であるが、この事業を通じて最も重要視した哲学、プログラム（いわゆるパス）の共有を今後も大切にし、現場から離れない、現場中心のネットワークを充実したいと願っている。

（その他）

今回の実証事業は新規立ち上げの事業計画・実行というよりも、これまで墨田区で実践してきた10数年の在宅緩和ケアの再検討と実施および地域の関連機関への展開・ネットワーク化という面が大きいことを、改めて申し添えたいと思います。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

在宅緩和ケアチーム活動を10数年実践された実績のデータは貴重である。継続事業の具体的テーマとする、地域の診療所とのネットワーク化は意義があるといえる。ネットワーク化がすすめば他地域での実践モデルとなる期待がある。ゆえに今後も継続して実施する必要性を支持する。

在宅緩和ケアチームのメンバーには医師・看護師のみならず薬剤師、介護、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの参入が望まれる。さらに医科歯科連携による歯科医師・歯科衛生士などのチームへの参画が期待される。

在宅ケア推進チーム (まるやまホームクリニック)

チームを形成する目的

在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、保険薬局が 24 時間体制で連携した医療チームを形成し、「コミュニケーションの充実」、「情報の共有化」、「チームマネジメントによる各々の専門性の活用」を図り、質の高い医療を安全かつ効率的に提供する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

医師：チームの司令塔として、訪問看護ステーション、保険薬局と連携し、下記事項について実施する。

- ・ 在宅医療・ケアの方針等について文書等で周知
- ・ 包括的指示を活用し、積極的に各医療スタッフの専門性に委ね、質の向上及び効率的運用を図る
- ・ 病院医師や地域医療機関との連携窓口
- ・ チームカンファレンスの実施
【退院前カンファレンス、定期カンファレンス 1 回/週、デスカンファレンス（全症例）】
- ・ 診療情報の共有（地域連携クリティカルパスの運用）
- ・ 地域の在宅医を中心とした多職種による情報交換会の開催（月 1 回）

看護師：

- ・ 24 時間 365 日体制で、患者の ADL に応じた最適な看護・ケアの実践
- ・ 患者・家族のニーズの把握や問題の早期発見と対応
- ・ スクリーニングによる患者評価、継続的モニタリング
- ・ 各種カンファレンスへ参加し、多職種との情報の共有
- ・ 関係機関との連携、調整

薬剤師：

- ・ 24 時間 365 日体制で、医薬品・医療材料の供給
- ・ 各種カンファレンスへ参加し、多職種との情報の共有
【退院前カンファレンス、定期カンファレンス 1 回/週、デスカンファレンス（全症例）】
- ・ 医師と協働したプロトコールの作成、薬物療法の検討
- ・ バイタルチェック等のフィジカルアセスメントを実施し薬効、副作用のモニタリングを行い、その内容についてフィードバック、次への処方提案等を実施
- ・ 服薬管理（後発品、残薬調整、麻薬管理）による医薬品使用の適正化
- ・ 医療材料の供給による医療機関や訪問看護ステーション負担の軽減
- ・ HPN やオピオイド等の無菌調製

チームによって得られる効果（評価方法）

【実施する取組み】

- ・ 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）
- ・ 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

【得られる効果について】

医師の包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性を前提に、各々が責任をもって連携・

補完することにより、質の高い医療を効率的に提供できる。

- ① 入院レベルの医療が在宅でも提供でき、医療依存度の高い患者の受け入れができる。
- ② コミュニケーション、情報の共有等の充実をすることにより、スムーズな連携を行う。
- ③ 診療所、訪問看護ステーション、保険薬局が相互に連携し、24 時間 365 日体制の業務負担を軽減する。
- ④ 積極的に各職種の専門性に委ねることで、質の向上と効率的運用を図る。
- ⑤ 患者満足度、医療スタッフ満足度を向上させる。
- ⑥ 医療安全の向上を図る。
- ⑦ 医薬品や医療材料使用の適正化による経済的効率化を図る。

【評価方法】

医療の質	アウトカム評価	【在宅死数】 【入院から在宅療養への移行期間】 【要介護度（ADL）の変化】 【褥瘡発生率】 【独居老人の割合】
	プロセス評価	【訪問診療実施患者数】 【疾患別内訳】 【地域連携クリティカルパスの運用】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療計画が適切に作成されているか ・ 医師の指示が確実に実施されているか ・ 必要な医療従事者に情報が共有できる仕組みがあるか ・ 多職種による診療協力の仕組みがあるか 【多職種によるカンファレンスの実施】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 開催実績 ・ 内容評価 【ケアの評価】 <ul style="list-style-type: none"> ・ デスカンファレンスの実施（実績、内容の評価） 【安全確保のための活動】 <ul style="list-style-type: none"> ・ アクシデント・インシデントの収集、評価 ・ ハイリスク薬の安全使用に関する手順の整備 ・ 医療事故発生時の対応手順が明確であるか 【診療の質向上に向けた活動の実施】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種による症例検討会の実施 【教育・研修の実施】 【広報活動の実施】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の方や関係機関を対象とした在宅医療に関する研修会、講師派遣等の啓発活動
	ストラクチャー評価	【24 時間 365 日体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、保険薬局 【専門職種の配置】

		【在宅ケアに関する基準・手順マニュアルの整備】 【無菌調剤】
患者の視点	アウトカム評価	【患者満足度の評価】 ※別紙資料添付 【疼痛緩和における除痛率】
	プロセス評価	【多職種によるICの実施】 ・IC についての方針・手順が明確であるか 【チームによる訪問スケジュール調整】 【柔軟かつスピーディな対応体制】
	ストラクチャー評価	【24 時間 365 日体制】 【専門職種の配置】 【患者満足度調査ツール】
従事者の視点	アウトカム評価	【医療スタッフの満足度評価】 ※別紙資料添付
	プロセス評価	【多職種によるカンファレンスの実施】 【地域連携クリティカルパスの運用】
	ストラクチャー評価	【24 時間 365 日体制】 【専門職種の配置】 【医療スタッフ満足度調査表】 【迅速な連絡体制の構築】 【役割・責任体制の明確化】
経済的視点	アウトカム評価	【夜間・休日等の緊急訪問実績】 ・医師、看護師、薬剤師 【医薬品や医療材料使用の適正化】 ・後発品使用割合(数量ベース) ・麻薬の廃棄金額、残薬調整金額 ・医療材料使用金額
	プロセス評価	【プロトコルの運用】 【服薬管理(後発品、残薬調整、麻薬管理等)】
	ストラクチャー評価	【24 時間 365 日体制】 【専門職種の配置】 【プロトコルの作成】

1. 訪問診療実施患者数 (2010年4月～2012年1月)

※ () 内は診療所・訪問看護ステーション・保険薬局の3者(以下3者と標記)が関わった数

総数 217名(84名)

男性 91名(46名) 女性 126名(38名)

平均 78.6歳(71.0歳)

独居の割合

高齢者世帯の割合※独居含む

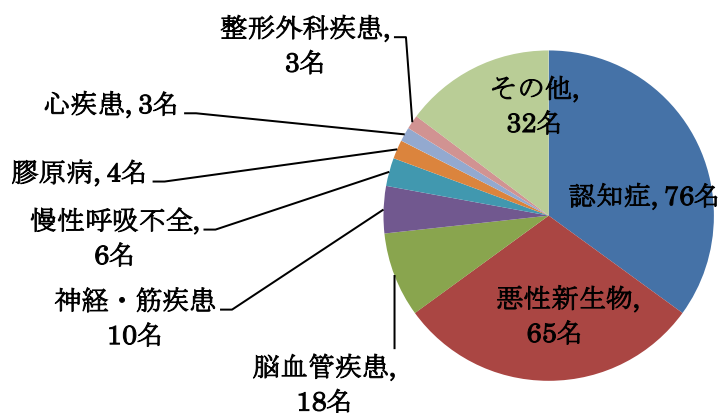
6.0%(7.1%)

21.1%(34.5%)

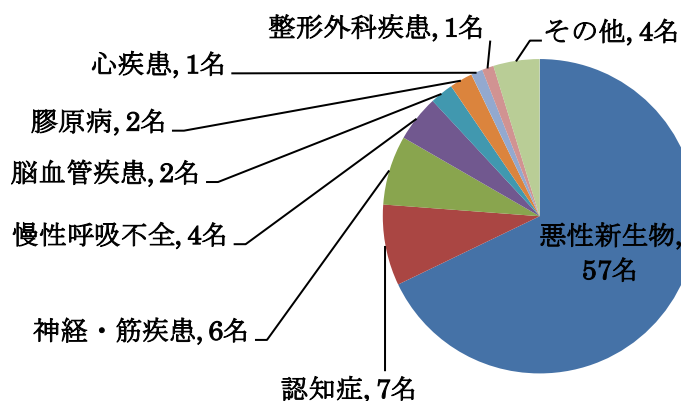
実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について(評価方法を踏まえて)

2. 主たる疾患別内訳 (2010年4月～2012年1月)

主たる疾患別内訳 (対象：全患者 217名)



主たる疾患別内訳 (対象：3者が関わった84名)

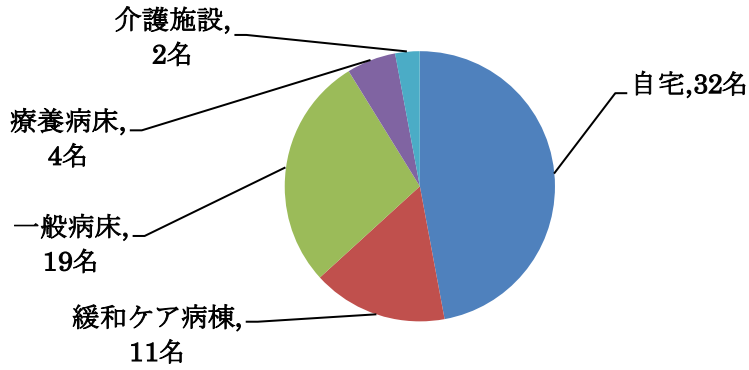


3. 実施した医療処置について (2010年4月～2012年1月)

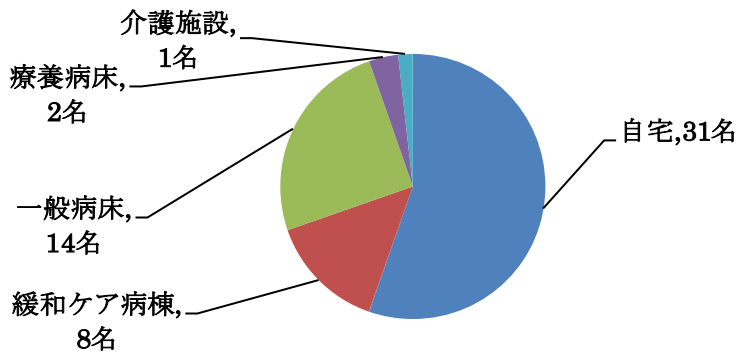
医療処置	全体	3者が関わった数
在宅中心静脈栄養法	14名	11名
在宅経管栄養法	15名	8名
在宅酸素療法	28名	24名
褥瘡	32名	15名
在宅人工呼吸法	4名	4名
末梢静脈点滴	41名	20名
在宅自己導尿	1名	1名

4. 看取りの場所内訳 (2010年4月～2012年1月)

看取りの場所（対象：全死亡患者 68 名）



看取りの場所（対象：3 者が関わった死亡患者 56 名）

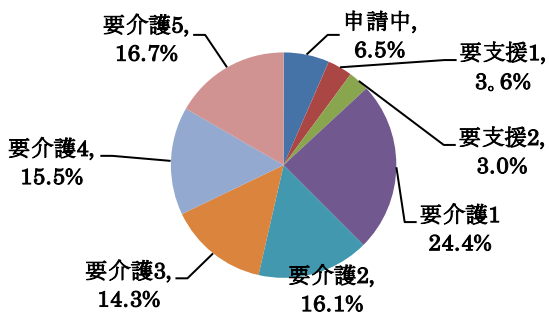


要介護度（ADL）の変化⇒5. 受入れ時の要介護度へ変更（2010年4月～2012年1月）

要介護度（受入れ時）

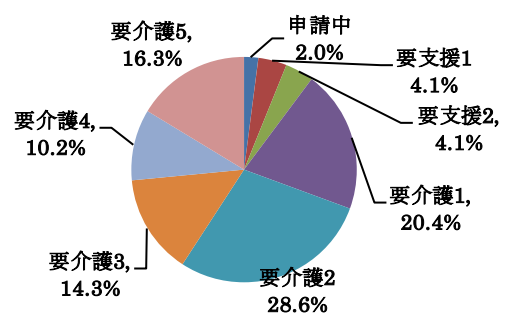
対象：全体 168 名

内訳

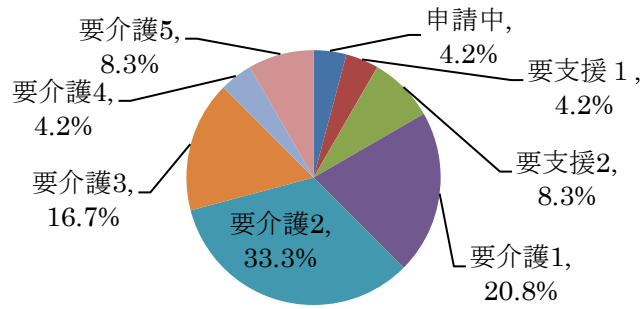


対象：3 者が関わった 49 名

内訳



悪性新生物患者の要介護度内訳（受入れ時） 24名



評価・考察

受入れ患者総数は 217 名、その中で在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・保険薬局の 3 者が関わった割合が 38.7%であった。3 者が関わった症例の特徴としては①悪性新生物を中心に医療ニーズの高い症例が多く、②自宅での看取り率が高い (56 名中 31 名 55.4%)、③高齢者世帯の割合が高いことなどが挙げられる。これらのケースにおいて改めてチーム医療の重要性が認識された結果であった。悪性新生物患者の平均要介護度は 2.35 と低く、近い将来必要とされる介護量が反映されていない傾向にあり、今後の介護認定に関わる問題であると考えられる。

6. 在宅療養までの移行期間（対象：退院前カンファランス実施患者 28 名）

	2010 年度 (13 名)	2011 年度 (15 名)
初回連絡日 ～ 退院前カンファランス開催日	12.15 日	2.77 日
退院前カンファランス開催日 ～ 退院日	4.71 日	3.69 日
合計 (初回連絡～退院日)	16.86 日	6.46 日

評価・考察

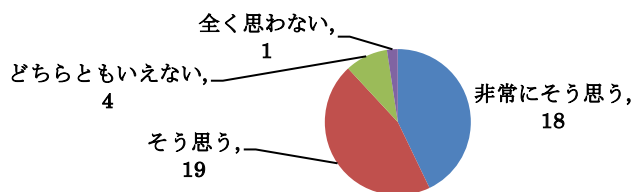
2010 年度と比較し、2011 年度「初回連絡日～退院前カンファランス開催日」までの期間が 9.38 日短縮、「退院前カンファランス開催日～退院日までの期間」が 1.02 日短縮した。

下記、患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）においても、在宅移行に関する評価が 4.26 点（満点 5.0 点）と高い評価を得ることができた。退院前カンファランス開催に係る連絡方法が整備され、開催時間も多職種が集いやすく調整されたことがその要因と考えられる。各種カンファランスを重ねることで顔の見える関係、相談しやすい関係作りができ、その結果、チーム内の機能補完や連携調整がスムーズに行われたことがこの評価に繋がったと考えられる。

退院前カンファランスが開催されたのは入院から在宅療養移行患者の 59.4%であり、実施率の向上が課題である。

【患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）】

Q3：在宅チームが関わるまでの流れはスムーズであったと思われますか？



7. 地域連携クリティカルパスの運用

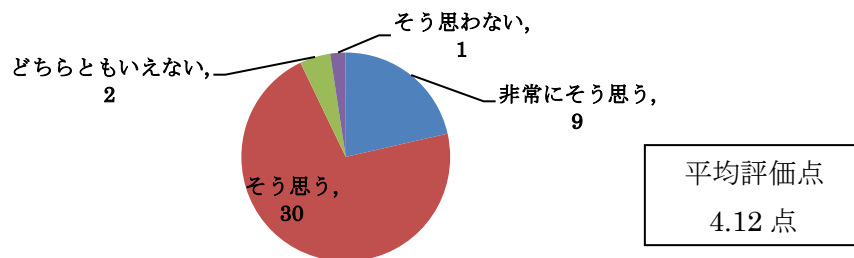
がん診療連携拠点病院である福山市民病院緩和ケア科から在宅移行となる患者を対象に、地域連携クリティカルパスを作成し、病院ケアチーム、在宅ケアチーム共同で運用を行った。

地域連携クリティカルパスや診療ファイル等を多職種で共有することで、指示・診療計画・診療情報等が周知され、連携調整がスムーズに行われたと考えられる。特に診療ファイルの共有に対してチーム内の評価が高かった。その結果、下記医療スタッフ及び患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）の情報共有に関する項目において高い評価を得ることができた。

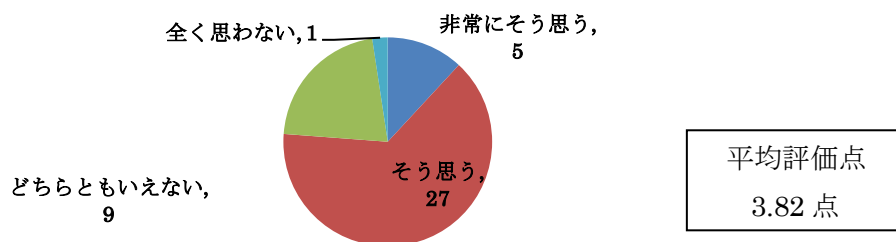
一方、作業量の増加、リアルタイムの更新の難しさ（評価点 3.82 点）等が問題点として挙げられた。今後、このパスが医療ニーズの高いケースの在宅移行に広く地域で活用できるよう改善し、普及促進を図っていきたい。

【医療スタッフ満足度アンケート】

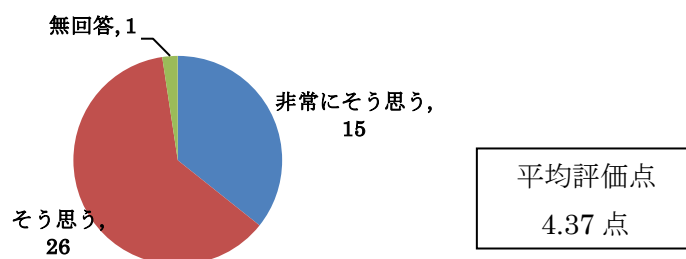
Q1：治療方針・計画が医師・訪問看護師・訪問薬剤師等の在宅チーム内できちんと周知されていましたか？



Q2：在宅チーム内でリアルタイムの患者情報を共有できる環境が整備されていましたか？

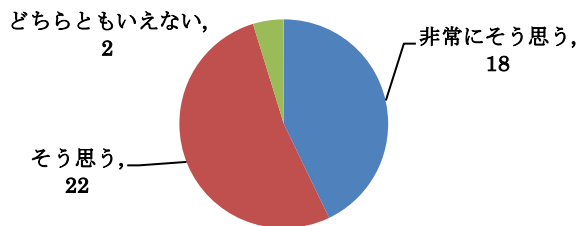


Q8：医師からの指示は適切でしたか？



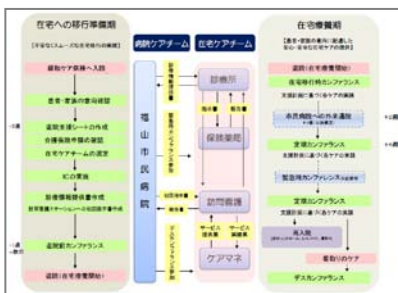
【患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）】

Q2：在宅チームは、患者様の現在の状況や、治療内容、将来の見通しや療養生活全般について十分わかりやすく説明していたと思われませんか？



平均評価点
4.38点

地域連携クリティカルパス・診療レポート



診療レポート（在宅療養管理指導情報提供書）

患者氏名：[redacted] 性別：[redacted] 年齢：[redacted] 病歴：[redacted]

主治医：[redacted] 診療科：[redacted]

在宅療養開始日：[redacted]

在宅療養終了日：[redacted]

在宅療養期間：[redacted]

在宅療養担当医師：[redacted]

在宅療養チームメンバー：[redacted]

在宅療養内容：[redacted]

在宅療養経過：[redacted]

在宅療養評価：[redacted]

在宅療養改善点：[redacted]

在宅療養課題：[redacted]

在宅療養フォローアップ：[redacted]

在宅療養終了後：[redacted]

地域連携クリティカルパス 在宅療養期（医療従事者用-医師）

患者氏名：[redacted] 性別：[redacted] 年齢：[redacted] 病歴：[redacted]

主治医：[redacted] 診療科：[redacted]

在宅療養開始日：[redacted]

在宅療養終了日：[redacted]

在宅療養期間：[redacted]

在宅療養担当医師：[redacted]

在宅療養チームメンバー：[redacted]

在宅療養内容：[redacted]

在宅療養経過：[redacted]

在宅療養評価：[redacted]

在宅療養改善点：[redacted]

在宅療養課題：[redacted]

在宅療養フォローアップ：[redacted]

在宅療養終了後：[redacted]

地域連携クリティカルパス 在宅療養期（患者様用）

患者氏名：[redacted] 性別：[redacted] 年齢：[redacted] 病歴：[redacted]

主治医：[redacted] 診療科：[redacted]

在宅療養開始日：[redacted]

在宅療養終了日：[redacted]

在宅療養期間：[redacted]

在宅療養担当医師：[redacted]

在宅療養チームメンバー：[redacted]

在宅療養内容：[redacted]

在宅療養経過：[redacted]

在宅療養評価：[redacted]

在宅療養改善点：[redacted]

在宅療養課題：[redacted]

在宅療養フォローアップ：[redacted]

在宅療養終了後：[redacted]

地域連携クリティカルパス 在宅療養期（医療従事者用-看護師）

患者氏名：[redacted] 性別：[redacted] 年齢：[redacted] 病歴：[redacted]

主治医：[redacted] 診療科：[redacted]

在宅療養開始日：[redacted]

在宅療養終了日：[redacted]

在宅療養期間：[redacted]

在宅療養担当医師：[redacted]

在宅療養チームメンバー：[redacted]

在宅療養内容：[redacted]

在宅療養経過：[redacted]

在宅療養評価：[redacted]

在宅療養改善点：[redacted]

在宅療養課題：[redacted]

在宅療養フォローアップ：[redacted]

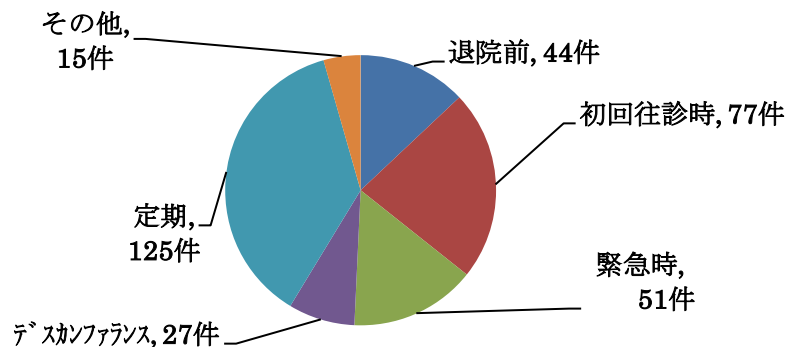
在宅療養終了後：[redacted]

8. 多職種によるカンファランスの実施

下記の通り、計 339 件のカンファランスを実施した。

※定期カンファランスは週 1 回、デスカンファランスは全症例にて実施

カンファランス内訳（開催実績：339 件）

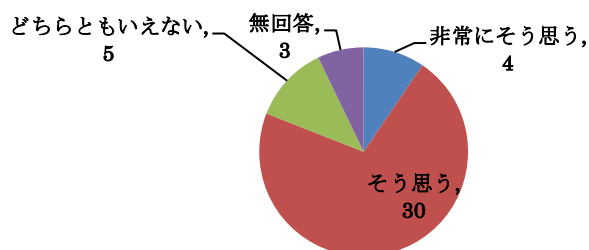


初回往診時および緊急時カンファレンスには医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員が原則参加することとし、在宅医療の基本方針を検討する重要な機会となった。

カンファレンスを重ねることで役割や責任の明確化、さらに顔の見える関係、相談しやすい関係作りができて、事業所が異なれども効率的・スピーディーな連携体制を構築することができた。カンファレンスに対する評価は高く、チーム医療においてカンファレンスの果たす役割が大きいと考える。

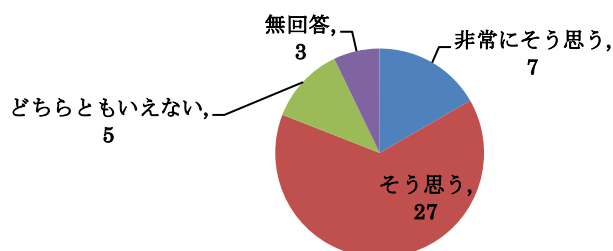
【医療スタッフ満足度アンケート】

Q5：各種カンファレンスの開催頻度や開催時間は適切でしたか？



平均評価点
3.97 点

Q6：各種カンファレンスの内容は充実していましたか？



平均評価点
4.05 点

評価・考察

9. ケアの評価

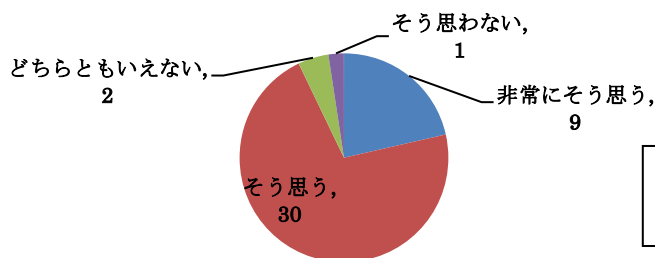
実施したケアに対する評価を下記方法にて実施した。

- ①カンファレンスでの定期的なケアの評価・見直し。
- ②患者満足度調査（患者・家族・遺族）を行い、利用者評価によるケアの見直し。
- ③医療スタッフ満足度調査を行い、自己評価によるケアの見直し。

医療スタッフ満足度アンケート及び母数は少ないが患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）において全般的に高い評価を得ることができた。特に評価が高かった項目について下記に示す。

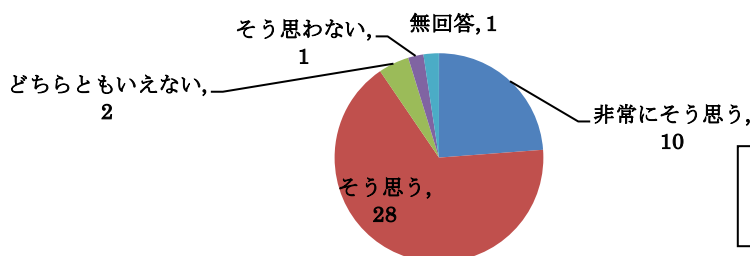
【医療スタッフ満足度アンケート】

Q1：治療方針・計画が医師・訪問看護師・訪問薬剤師等の在宅チーム内できちんと周知
されていきましたか？



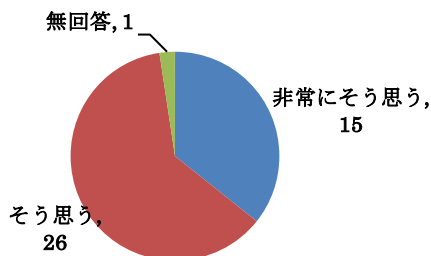
平均評価点
4.12 点

Q7：在宅チーム内で意見を出し合ったり、助け合ったりしていませんか？



平均評価点
4.15 点

Q8：医師からの指示は適切でしたか？



平均評価点
4.37 点

10. 安全確保のため活動

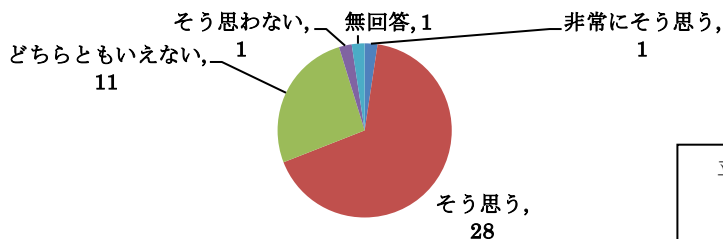
医療事故防止マニュアル、医療事故発生時の対応手順の整備を行い、チーム内で周知を行った。
インシデント・アクシデントについて集計・分析を行い、カンファランス内で事例共有を行った。
「ハイリスク薬の安全使用に関する手順書」（保険薬局作成）を整備し、チーム内で共有した。

安全確保のための手順・防止策を整備することにより、チーム内の医療安全に対する意識が向上した。立場の異なる職種の視点を皆で共有することで、各々が多角的な視点をもって安全確保に努めることができた。その結果、患者様には安全な医療サービスを実感いただき高い評価をいただいた。患者満足度と比較し、医療スタッフ満足度アンケートでは医療安全に関する評価が高くなかった。医療安全が向上した実感はあるが在宅医療の場面で医療安全の概念が明確化されておらず、具体的

方策について目に見えた形で示すことができなかったのがその要因と考えられる。ただ、薬物療法で薬局薬剤師が関わることで医療安全の向上や安心感を実感したという声が多数挙げられた。今後の課題は、医療安全の概念の明確化、対策の具体化、在宅での医療安全（転倒・転落・誤服用）の確認手段、予防対策の整備が必要であると考えられる。

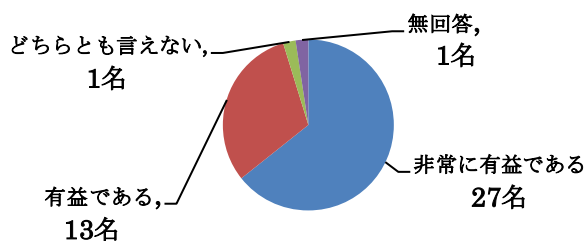
【医療スタッフ満足度アンケート】

Q12：医療安全確保に対し在宅チーム内できちんと取り組んでいましたか？



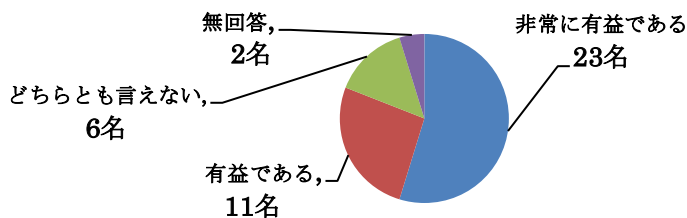
平均評価点
3.71 点

Q3：在宅医療において薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うことについて？



平均評価点
4.63 点

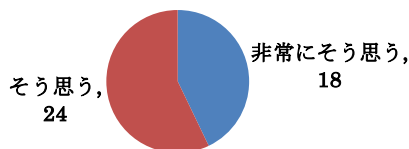
Q4：保険薬局において輸液・麻薬注射薬などの無菌調剤を実施することについて？



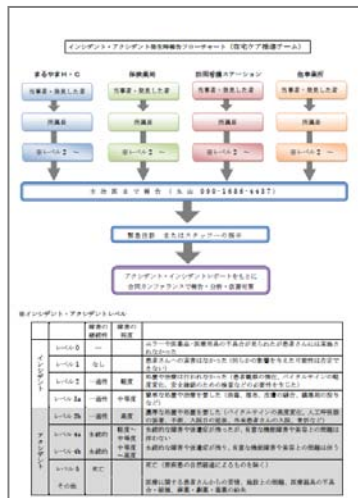
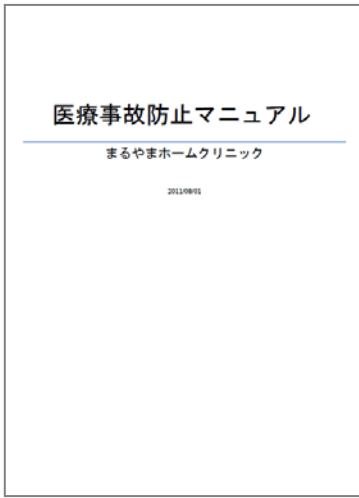
平均評価点
4.43 点

【患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）】

Q9：安全な医療サービスが提供されていたと思われますか？



平均評価点
4.43 点



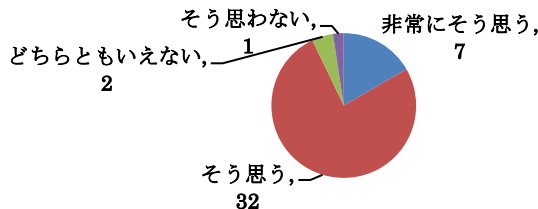
1 1. チームによる訪問スケジュール調整・専門職種の配置

効率的かつ質の高い医療を提供するべく、カンファランスで協議し専門職種の配置を行った。

各職種の役割分担を明確にし、効率的な訪問スケジュールを作成することにより、下記、医療スタッフ満足度アンケートからも高い評価を得られ、適切な配置が行われたと考えられる。

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q10：在宅チーム各スタッフの配置や仕事の割り当てなどが適切に行われていましたか？



平均評価点
4.07点

評価・考察

1 2. 1日あたり医療費の比較（入院医療費、在宅医療費）※新たに追加した評価指標

1日あたりの在宅療養医療費を調査し、下記の通り比較を行った。

項目	入院医療費 (緩和ケア病棟)	在宅医療費 (悪性新生物 39名)	在宅医療費 (悪性新生物以外 17名)
医療機関	37,800円	7,931円	3,141円
保険薬局	—	3,406円	1,050円
訪問看護ステーション	—	4,610円	1,987円
介護保険費用等	—	8,106円	4,570円
合計	37,800円	24,053円	10,748円

在宅医療費について調査を行ったところ、上記表の通りとなった。
 入院医療費と単純に比較することはできないが、悪性新生物では緩和ケア病棟と比較し、1日あたり1万円強のコスト削減に繋がる可能性が示唆された。

13. 診療の質向上に向けた活動の実施

在宅医療ネットワーク「福山在宅どうしよう会」の開催

質の高い在宅医療の普及推進のため、在宅医療に携わる多職種が集い、在宅医療に関する知識・技術の習得、症例検討等を目的とし、下記の通り開催を行った。

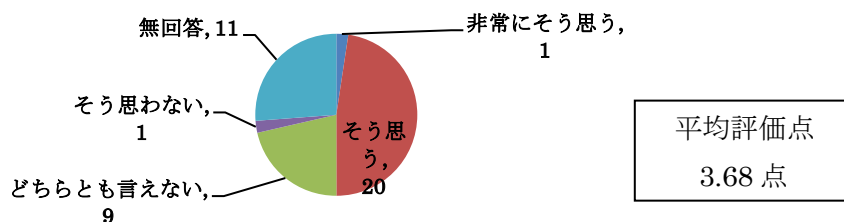
開催日時	内容	参加数
10月7日	「地域における医療資源」	6名
11月18日	「老衰について」	4名
12月16日	「在宅輸血は可能か」「栄養について」「往診料について」	4名
1月17日	「高齢者の栄養」	4名
2月14日	「在宅ネットワークについて」	7名
3月14日	「カフティポンプに使用法」「HD、PDについて」	8名
4月11日	「中心静脈カテーテルの留置」「皮下点滴」「胃瘻の逆流について」	7名
5月16日	「ICの重要性」「ALS呼吸苦に対する対応」「AIについて」	10名
6月13日	「CVポート造設拒否例の対応」「高用量ビタミンC療法」	10名
7月11日	「DVへの対応」「認知症薬の使用について」	10名
8月8日	「懇親会」	12名
9月12日	「がん末期の独居患者の症例」「独居患者を在宅で看取るには」	36名
10月17日	「左下顎骨髄炎の症例」	20名
11月14日	「肝がんの症例」「子宮癌の再発事例」「乳がんの再発事例」	25名
12月12日	講演「在宅医療におけるチーム医療について」 広島県緩和ケアセンター長 本家 好文 先生	66名
1月16日	講演「在宅医療におけるチーム医療について」 広島県安芸地区医師会居宅介護支援事業所 鉄穴口 麻里子 先生	39名
2月13日	講演「病院と在宅ケアチームとの連携」 尾道市立市民病院 緩和ケア認定看護師 渡辺 陽子 先生	57名
3月12日	講演「在宅における心のケアについて」 福山市民病院 平 俊浩 先生	49名

参加職種：
 医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、ヘルパー等、
 本会は事業所の異なる多職種の情報交換、知識、技術習得の場として非常に有意義であった。回を重ねるごとに参加者も増加し、本ネットワークを通じ新たな連携チームが結成されるなどの事例もあった。研修内容に対する評価は高く、スタッフの質向上のみならず、医療・介護の連携強化の一

つとして今後も継続していきたい。下記、医療スタッフ満足度アンケートの評価については、未参加スタッフの回答が多かったことが影響して決して高くなかったが、今後はチーム内の参加率向上に向けた内容の見直し、周知方法、開催時間の調整等に取り組む必要がある。

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q14：「福山在宅どうしよう会」「実証事業研修会」等の研修内容は充実していましたか？



13. 診療の質向上に向けた活動の実施

在宅医療ネットワーク「福山在宅どうしよう会」の開催

質の高い在宅医療の普及推進のため、在宅医療に携わる多職種が集い、在宅医療に関する知識・技術の習得、症例検討等を目的とし、下記の通り開催を行った。

開催日時	内容	参加数
10月7日	「地域における医療資源」	6名
11月18日	「老衰について」	4名
12月16日	「在宅輸血は可能か」「栄養について」「往診料について」	4名
1月17日	「高齢者の栄養」	4名
2月14日	「在宅ネットワークについて」	7名
3月14日	「カフティポンプに使用法」「HD、PDについて」	8名
4月11日	「中心静脈カテーテルの留置」「皮下点滴」「胃瘻の逆流について」	7名
5月16日	「ICの重要性」「ALS呼吸苦に対する対応」「AIについて」	10名
6月13日	「CVポート造設拒否例の対応」「高用量ビタミンC療法」	10名
7月11日	「DVへの対応」「認知症薬の使用について」	10名
8月8日	「懇親会」	12名
9月12日	「がん末期の独居患者の症例」「独居患者を在宅で看取るには」	36名
10月17日	「左下顎骨髄炎の症例」	20名
11月14日	「肝がんの症例」「子宮癌の再発事例」「乳がんの再発事例」	25名
12月12日	講演「在宅医療におけるチーム医療について」 広島県緩和ケアセンター長 本家 好文 先生	66名
1月16日	講演「在宅医療におけるチーム医療について」 広島県安芸地区医師会居宅介護支援事業所 鉄穴口 麻里子 先生	39名
2月13日	講演「病院と在宅ケアチームとの連携」 尾道市立市民病院 緩和ケア認定看護師 渡辺 陽子 先生	57名
3月12日	講演「在宅における心のケアについて」 福山市民病院 平 俊浩 先生	49名

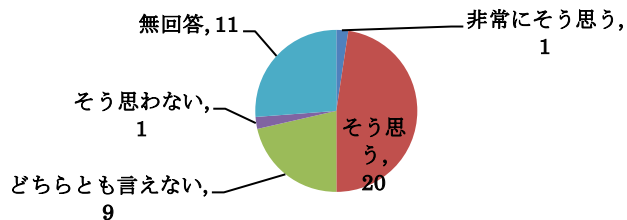
参加職種：

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、ヘルパー等、

本会は事業所の異なる多職種の情報交換、知識、技術習得の場として非常に有意義であった。回を重ねるごとに参加者も増加し、本ネットワークを通じ新たな連携チームが結成されるなどの事例もあった。研修内容に対する評価は高く、スタッフの質向上のみならず、医療・介護の連携強化の一つとして今後も継続していきたい。下記、医療スタッフ満足度アンケートの評価については、未参加スタッフの回答が多かったことが影響して決して高くなかったが、今後はチーム内の参加率向上に向けた内容の見直し、周知方法、開催時間の調整等に取り組む必要がある。

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q14:「福山在宅どうしよう会」「実証事業研修会」等の研修内容は充実していましたか？



平均評価点
3.68 点

14. 教育・研修・広報活動の実施（講師として参加）

地域の住民や医療・介護スタッフ等を対象とした在宅医療に関する研修会等の啓発活動に取り組んだ。

【まるやまホームクリニック】

日付	場所	講演名	演題名
H22 9月4日	尾道市	尾道・生と死を考える会	病院もいいけど、やっぱり家がいい
H22 10月16日	三原市	人権学習会	あの時のその一歩 『治す医療』から『支える医療』へ
H22 11月4日	福山市	福山医療センター オープンカンファレンス	在宅緩和ケアと地域連携
H22 11月13日	福山市	平成22年度 在宅ケア講習会	在宅緩和ケアを進めるために
H22 11月18日	尾道市	因島医師会研修会	在宅医療に必要な緩和ケアの知識
H22 11月19日	福山市	介護職員研修会	介護と医療の連携
H22 11月30日	福山市	福山市医師会在宅ケア研修会	『家にかえろう』
H23 2月24日	福山市	第6回福山市民病院 がん診療連携フォーラム	在宅医療でできること
H23 3月1日	尾道市	尾道市民病院緩和ケア研修会	在宅緩和ケアの現状
H23 4月9日	福山市	ファーマシー新入社員研修会	求められる保険薬局・薬剤師像 ～在宅医療の現場から～
H23 5月14日	広島市	みんなで支え しっかり治そう！ がん医療	命の輝きを感じながら、在宅で人生を 全うできますか？
H23 5月21日	福山市	久留米大学医学部 OB 会	在宅医療の新しい展開
H23 6月22日	福山市	福山地区認知症のひとと家族の会 2011年6月定例会	『在宅医療・訪問診療に携わって』
H23 7月15日	福山市	訪問看護ステーション 従事者研修会	在宅医療の明日を語ろう
H23 9月5日	福山市	サノフィ・アベンティス勉強会	現在の在宅医療について
H23 9月18日	尾道市	リレー・フォー・ライフ・ジャパン	緩和ケア

		2011 広島	
H23 10月10日	福山市	ファーマシー フォーラム 2011 自宅で支える医療を考える	自宅で支える医療とは 在宅医療でできること
H23 11月16日	福山市	地域包括支援センター「赤坂」研修会	自宅で支える医療
H23 11月26日	府中市	ケアピレッジだいきち 開設5周年記念 だいきち家族会	『治す医療』から『支える医療』へ
H23 12月7日	福山市	中国中央病院職員研修会	在宅支援とケアの実際
H23 12月15日	福山市	平成23年度 緩和ケア 在宅ケアチーム研修(福山開催)	生活を支える在宅医療と連携
H24 1月18日	福山市	平成23年度 第2回 広島県在宅保健福祉活動者の会 研修会	命の輝きを支える在宅医療 ～自宅でいい時間を過ごすために～
H24 1月26日	福山市	平成23年度広島県複数事業所連携研修事業 介護事業所職員研修会	在宅医からみたこれからの 在宅医療と在宅介護の連携
H24 1月27日	福山市	小島病院職員研修会	在宅医療について

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(講師として参加)

場所	日付
福山医療センター	平成22年9月23日
	平成23年11月20～23日
福山市民病院	平成22年8月7～8日
	平成23年7月17～18日
	平成24年2月11～12日
尾道総合病院	平成22年7月24～25日
	平成23年9月23～24日
尾道市民病院	平成22年9月25～26日
	平成23年11月4日

【福山市民病院 緩和ケア科】

日付	場所	講演名	演題名
H22 9月4日	尾道市	尾道・生と死を考える会	病院もいいけど、やっぱり家がいい
H22 9月9日	庄原市	第4回広島北部腫瘍研究会	臨床に役立つ緩和ケアの知識について
H22 9月16日	福山市	平成22年度 緩和ケア看護師研修(初級コース)	緩和ケアの最新情報

			広島県が目指す緩和ケア
H22 9月25日	福山市	市民のための緩和ケア連続講座(第1回)	緩和ケアにおけるチーム医療について
H22 11月30日	福山市	福山市医師会在宅ケア研修会	在宅緩和ケアについて
H23 2月10日	笠岡市	第2回笠岡医師会主催学術講演会	臨床に役立つ緩和ケアの知識について
H23 8月11日	福山市	平成23年度 緩和ケア看護師研修(初級コース)	緩和ケアの概念と今後の動向
H23 10月13日	福山市	平成23年度 緩和ケア・ターミナルヘルパー・介護員研修	緩和ケアの概念と今後の動向
H23 10月22日	福山市	市民のための緩和ケア連続講座(第2回)	緩和ケア科におけるスピリチュアルケアについて
H23 12月10日	徳島市	第3回がん対策センター公開講座	在宅緩和ケアについて -住み慣れた家で過ごすために-
H23 12月15日	福山市	平成23年度 在宅ケアチーム研修	緩和ケアの概念と今後の動向
H24 1月24日	井原市	井原医師会学術講演会	在宅緩和ケアと病診連携について
H24 1月26日	福山市	NST 専門療法士研修会	緩和ケアにおける輸液・栄養管理について
H24 3月31日	岡山市	第7回岡山 QOL 研究会	緩和ケアにおける質の評価について

【保険薬局ファーマシィ】

日付	場所	講演名	演題名
H22 6月20日	福山市	エルダーサポートスタッフ研修会	介護のために必要なくすりの知識
H22 11月20日	福山市	福山大学卒業後教育研修会	在宅医療における多職種連携の重要性について
H23 1月26日	三次市	備北地区緩和医療を考える会	保険薬局が関わる緩和ケアについて
H23 3月18日	三次市	三次地区ケアマネジメント研究会	保険薬局が関わる在宅ケアについて
H23 3月22日	福山市	緩和・ターミナル・看取りのケアスタッフセミナー	緩和ケアにおける薬剤師の居宅療養管理指導について
H23 6月15日	福山市	ひがしの会スタッフ研修会	介護のために必要なくすりの知識
H23 6月15日	福山市	鞆・田尻・水呑地域ケア会議	保険薬局が関わる在宅ケアについて
H23 7月11日	福山市	鞆・田尻・水呑地域ケア会議	在宅ケアにおける薬の適正使用について
H23 7月14日	福山市	ひがしの会スタッフ研修会	保険薬局が関わる在宅ケアについて
H23 10月10日	福山市	ファーマシィフォーラム 2011 ～自宅で支える医療を考える～	薬局から飛び出す薬剤師
H23 11月16日	福山市	(財)介護労働安定センターキャリア形成 訪問指導事業研修会	介護のために必要なくすりの知識 在宅ケアにおける薬局の役割
H23 12月15日	福山市	平成23年度 緩和ケア	事例検討及びグループワーク

【福山市医師会訪問看護ステーション】

日付	場所	講演名	演題名
H22 11月30日	福山市	在宅緩和ケアシンポジウム	家に帰ろう。訪問看護の立場から
H23 2月18日	福山市	福山口腔ケア談話会	生きる喜び、輝く命を与える訪問看護
H24 1月26日	福山市	福山市民病院 院内研修会	訪問看護について

【虹の会訪問看護ステーション】

日付	場所	講演名	演題名
H22 6月5日	福山市	パーキンソン病講演会	パーキンソン病のリハビリテーション
H22 6月5日	福山市	パーキンソン病講演会	在宅療養を支えます。 訪問看護ステーションの紹介
H23 7月30日	福山市	住民学習会	腰痛予防について

評価・考察

上記の通り、医療・介護スタッフ等の他、一般市民に対する啓発活動を行った。本取り組みにて地域での在宅医療への認知度が依然低いことが認識された。在宅医療推進には継続的な地域へ啓発活動が重要と考え、今後とも本活動を続けていきたいと考える。

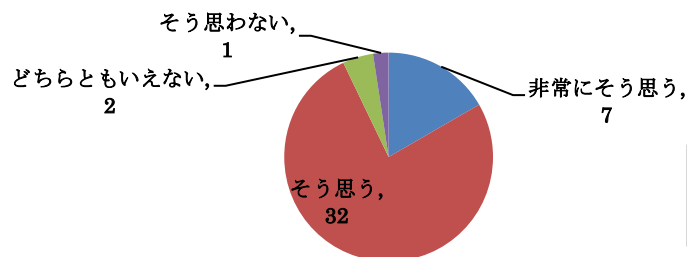
15. 在宅ケアに関する基準・手順マニュアルの整備

在宅ケアに関する基準、手順マニュアルを整備し、チーム内で周知を行った。

基準・マニュアルをチーム内で共有することで治療方針や役割分担などが明確になり、スムーズな連携が可能となった。

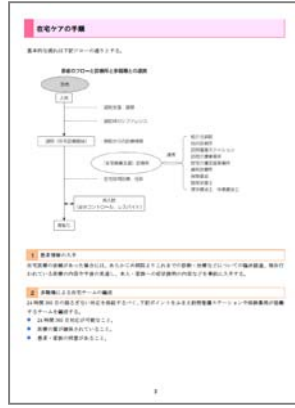
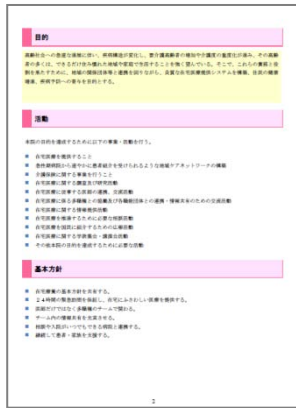
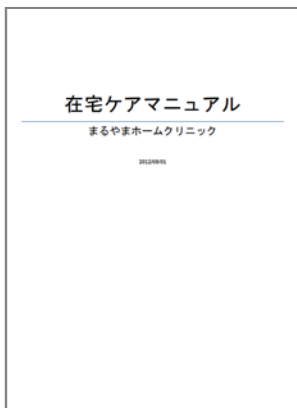
【医療スタッフ満足度アンケート】

Q9：在宅チーム各スタッフの仕事の範囲や責任は明確でしたか？



平均評価点
4.07 点

評価・考察



1 6 . 無菌調剤実績

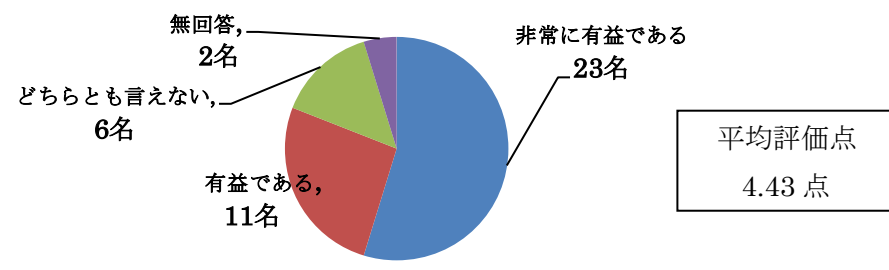
項目	述べ患者数	治療期間平均	述べ調剤回数
在宅中心静脈栄養法	10 名	109.2 日	84 回
麻薬注射持続皮下注	4 名	16 日	58 回

無菌調剤実績は上記の通りである。下記医療スタッフ満足度アンケートにおいても無菌調剤に対する評価が高く、医療安全の観点からも保険薬局における無菌調剤は大いに意義があるものとする。ただし、実施件数からも決して地域ニーズに十分対応しているとは言えず、地域の医療機関へのPR等を通して、実績を高める必要がある。

評価・考察

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q4：保険薬局において輸液・麻薬注射薬などの無菌調剤を実施することについて？



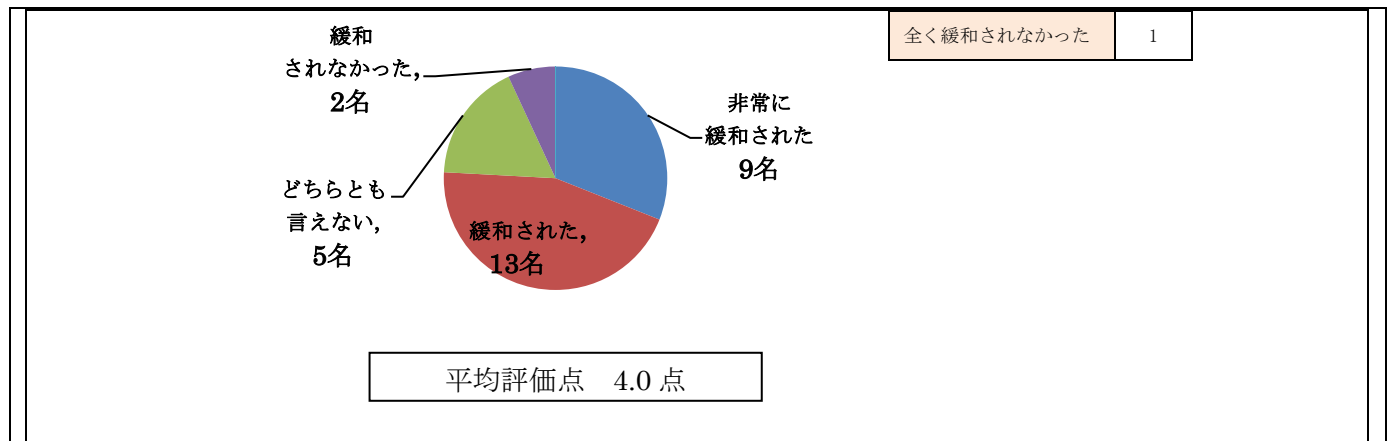
1 7 . 疼痛緩和における除痛率

患者満足度アンケート（遺族）にて、疼痛緩和における除痛の評価を実施した。

【患者満足度アンケート（遺族）】

Q：患者様は、痛みや苦痛が少なく穏やかに過ごせたと思われますか？

評価	点数
非常に緩和された	5
緩和された	4
どちらとも言えない	3
緩和されていない	2



評価考察 上記患者満足度アンケート（遺族）にて4.0点と高い評価を得ることができた。要因としては、疼痛スケールをチーム内で共有し、リアルタイムで評価することで、早め早めの対応が可能であったことが考えられる。

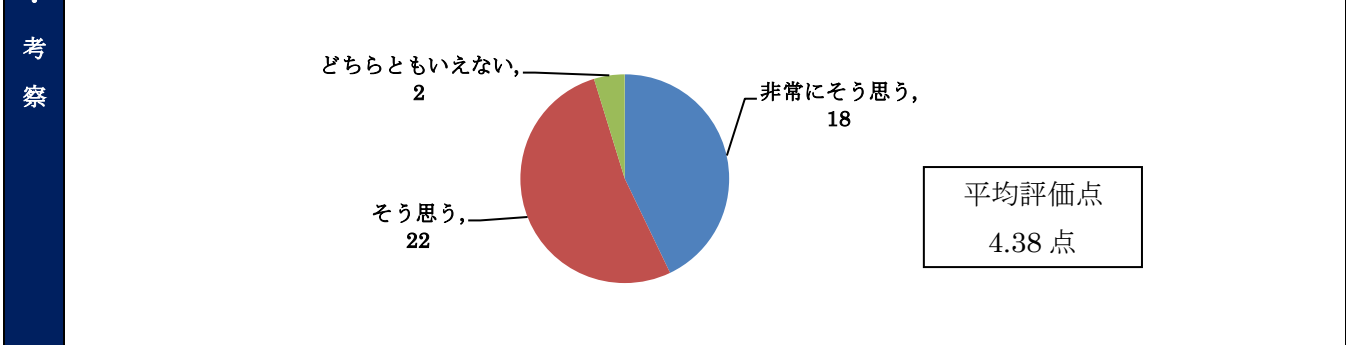
18. 多職種によるICの実施

インフォームド・コンセント（以下 IC とする）に関するマニュアルを下記の通り整備し、チーム内で周知を行った。また、重要な IC についてはチームで行った。

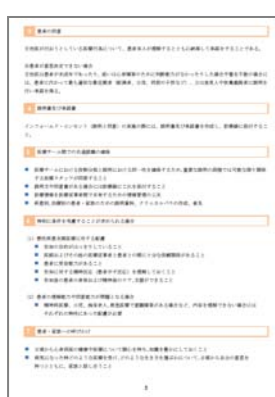
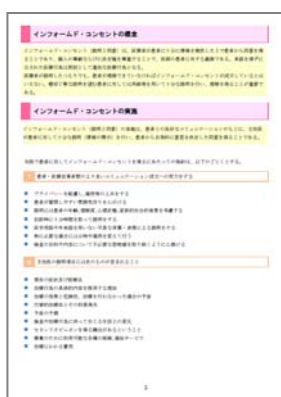
チームで IC を実施することでスタッフが多角的視点をもって対応することが可能となった。その結果、下記患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）でも高い評価が得ることができた。一方、チーム内のスケジュール調整が困難であったケースもあり、今後はスケジュールの調整方法についても検討が必要だと考える。

【患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）】

Q2：在宅チームは、患者様の現在の状況や、治療内容、将来の見通しや療養生活全般について十分わかりやすく説明していたと思われませんか？



インフォームド・コンセントに関するマニュアル



19. 柔軟かつスピーディーな対応体制・迅速な連絡体制の構築について

緊急連絡リスト等を整備し、在宅チーム及び患者様に対して周知を行った。

カンファランス等を通し、顔の見える連携強化を図ることでケースごとにチーム編成が異なる現状の中でも柔軟かつスムーズな連携体制を可能にした。緊急連絡リストの作成も有用と考えられた。下記医療スタッフ満足度、患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）からもチームワークについて高い評価を得られた。

緊急時連絡リスト

何かおかしかったら・・・

① 訪問看護ステーション00
☎ 090-0000-0000

② まるやまホームクリニック 丸山良俊
☎ 090-0000-0000

おぐすりに帰すことば
さんて薬局
〇〇 〇〇
080-0000-0000

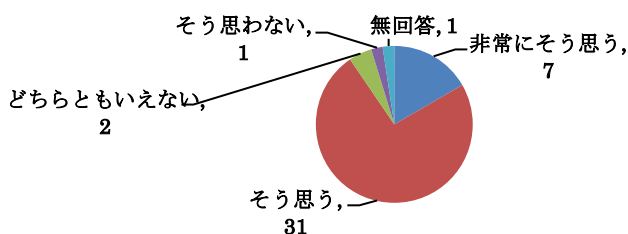
福祉用具に帰すことば
福祉用具
〇〇 〇〇
080-0000-0000

生活介助・介護相談に帰すことば
ケアマナージャー
〇〇 〇〇
080-0000-0000

リハビリに帰すことば
理学療法士
〇〇 〇〇
080-0000-0000

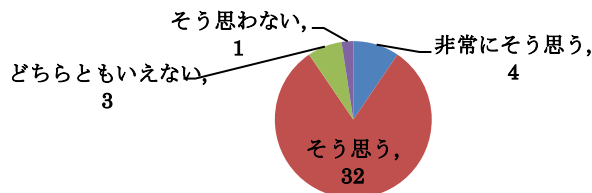
【医療スタッフ満足度アンケート】

Q3：在宅チーム内で柔軟かつスピーディーな対応体制が構築されていましたか？



平均評価点
4.07 点

Q4：在宅チーム内で重要な連絡は漏れなく迅速に伝わっていましたか？

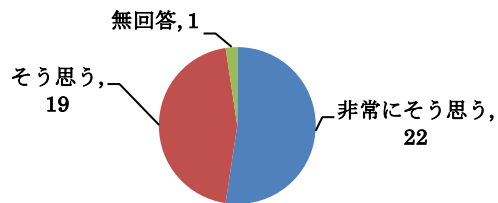


平均評価点
3.98 点

【患者満足度アンケート（患者・家族・遺族）】

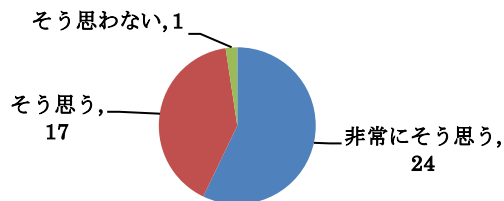
Q7：在宅チームは患者様の療養生活が快適に過ごせるように、要望に対し速やかに対応していたと思えますか？

評価・考察



平均評価点
4.54 点

Q8：在宅チーム内での連絡やチームワークはうまくできていたと思えますか？



平均評価点
4.52 点

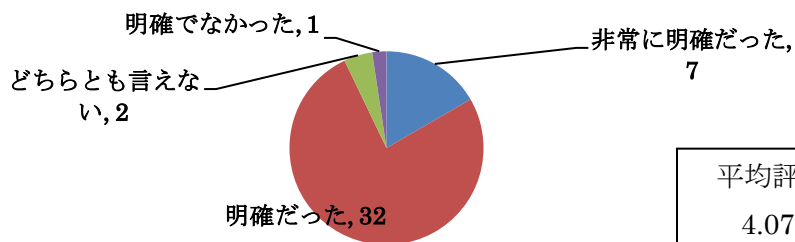
20. 役割・責任体制の明確化

在宅ケアマニュアルに各職種の役割や責任を明文化し、チームで共有した。
カンファランスや地域連携クリティカルパス等で個々のケースについて対応を協議した。

結果として各職種が専門性をもって、柔軟かつ迅速な対応体制を構築することができたと考えられる。役割や責任体制について下記医療スタッフ満足度アンケートからも高い評価を得ることができた。

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q9：在宅チーム各スタッフの仕事の範囲や責任は明確でしたか？



平均評価点
4.07 点

2 1. 24 時間 365 日体制 夜間・休日等の緊急訪問実績

※休日・平日 18 時～翌朝 8 時までの緊急訪問件数 2010 年 4 月～2012 年 1 月

項目	対象患者数	件数	内容
医師	217 名	193 件	症状変化、転倒等の対応
訪問看護師	79 名	137 件	カテーテルトラブル 27 件 状態変化 13 件 精神不安・相談 5 件 看護処置 3 件 排便 3 件 吸引 2 件 ポンプ アラーム 2 件 意識レベル低下 2 件その他 80 件
訪問薬剤師	198 名	55 件	オピオイドレスキュー 25 件 終末期の呼吸苦など 5 件 発熱等の変調 10 件 その他 15 件

評価・考察

最も緊急訪問件数が多かったのは医師であった。訪問看護ステーションの緊急訪問で最も多かったのはカテーテルトラブルで、続いて状態変化、精神不安・相談であった。保険薬局ではオピオイドレスキューが最も多かった。薬剤師が緊急訪問することにより医師・看護師の負担軽減に寄与できると考え、保険薬局も含めた 24 時間 365 日体制の重要性が本データによって示されたと考える。

2 2. 医薬品や医療材料の適正化 (2010 年 4 月～2012 年 1 月までの合計)

後発品医薬品への変更割合(対象患者数 198 人)	35.8%
変更を行った患者数	71 名
変更による薬剤料の減少額	約 606,000 円

評価
考察

対象患者 198 人中、後発医薬品への変更を希望された方は 71 名 (35.8%) であった。変更によって減少した薬剤料は、約 606,000 円であった。

麻薬の廃棄金額 (対象者: 31 名)	370,660 円 (1 人あたり 11,957 円)
退院時処方 (処方元: 入院先病院) の廃棄額 (対象: 12 名)	138,040 円 (1 人あたり 11,503 円)
当院で処方した麻薬の廃棄額 (対象: 27 名)	232,610 円 (1 人あたり 8,616 円)
当院で処方した全麻薬に対する廃棄率 (金額ベース)	8%

評価・考察

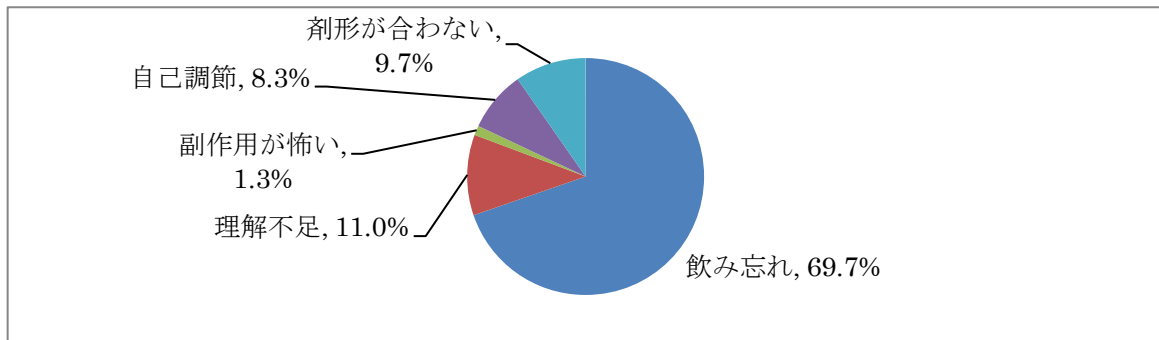
1 人あたりの麻薬廃棄金額を比較したところ退院時処方麻薬が 11,503 円、当院で処方した麻薬が 8,616 円と後者が 2,887 円少なかった。
当院で処方した麻薬廃棄の大半がレスキュー用麻薬やオピオイドローテーション時に発生したものであり、ある程度やむを得ない廃棄であったと考える。きめ細かい疼痛スケール評価やオピオイドローテーション等を予測した麻薬の適正量処方により、廃棄量を減少させることができたと考えられる。特に麻薬管理については、薬剤師による積極的な関与が重要であると考えられる。

残薬の調整金額 (対象数: 72 人)

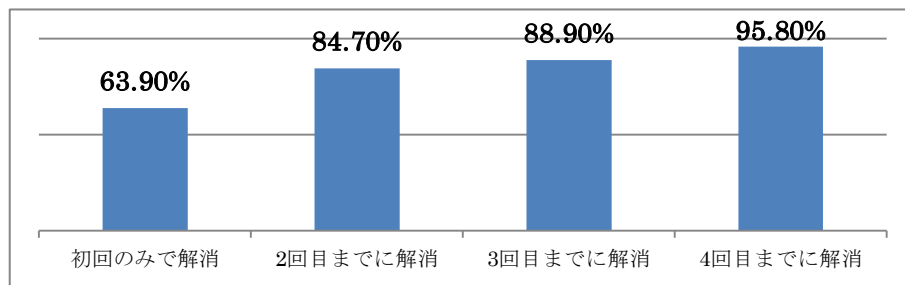
423,715 円

全処方受付 3,551 回中、残薬が確認されたのは計 119 回 (3.3%) であった。残薬が発生した理由について調査を行ったところ下記グラフの通りとなった。初回訪問時に残薬が確認された 72 名中、初回のみで服薬不良が解消した方は 47 名 (改善率 63.9%)、2 回目までに解消した方は 61 名 (改善率 84.7%)、3 回目までに解消した方が 64 名 (改善率 88.9%)、4 回目までに解消した方が 69 名 (改善率 95.8%) と回を重ねることに服薬状況の改善が見られた。このことから薬剤師による訪問薬剤管理指導を実施することで、残薬の発生減少、服薬コンプライアンスの向上が期待できると考える。

残薬の内訳



服薬状況の改善率



医療材料の使用金額

171,367 円

輸液セット 126 セット	延長チューブ 148 本
輸液バッグ 5 個	シュアプラグ 8 個
栄養ボトル 5 個	経管注入用シリンジ 27 本
シリンジ 260 本	注射針 261 本
翼状針 10 本	留置針 167 本
三方活栓 2 個	ガーゼ類 314 個

血糖測定チップ 4個

血糖測定針 4本

アルコール含有綿 2,177個

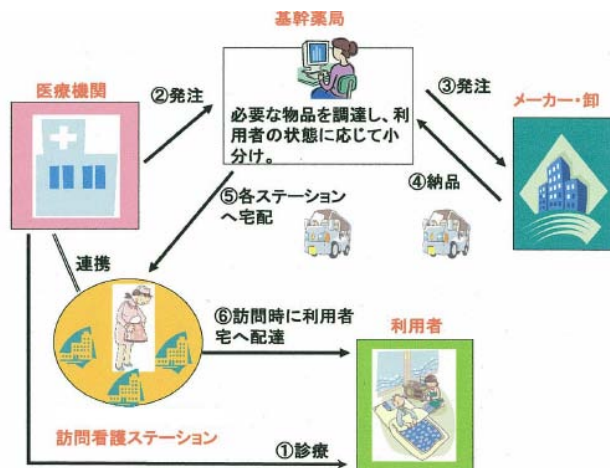
テープ類 21巻

ドレッシング剤 405枚

消毒用アルコール 500ml×3本

保険薬局より供給した医療材料が多かったのはガーゼ類、ドレッシング剤、注射針、シリンジ、輸液関連であった。

アンケート結果から下図の通り保険薬局が医療材料の供給拠点となることによって、訪問看護師の医療材料に関連する負担（材料の手配、移動等）が大幅に軽減されたという声も多く、大いに意義がある取組みと考えられる。

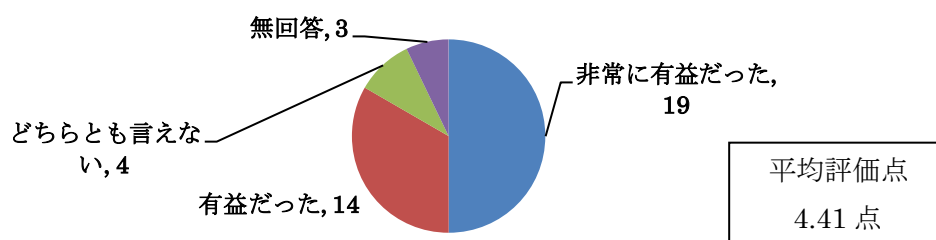


※社団法人全国訪問看護事業協会より抜粋

評価・考察

【医療スタッフ満足度アンケート】

Q2：医療材料（輸液関連※チューブ、針、ガーゼ、ドレッシング剤など）や注射薬を保険薬局で取り扱うことについて？



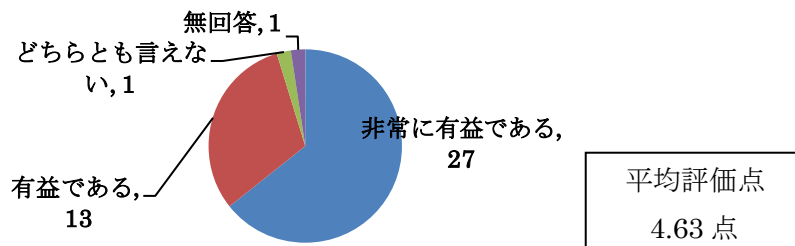
2.3. 保険薬局の機能について※新規の追加項目

下記の通り、訪問薬剤管理指導、疑義照会等の薬局機能について評価を行った。

【薬剤師による訪問薬剤管理指導について】

【医療スタッフ満足度アンケート】

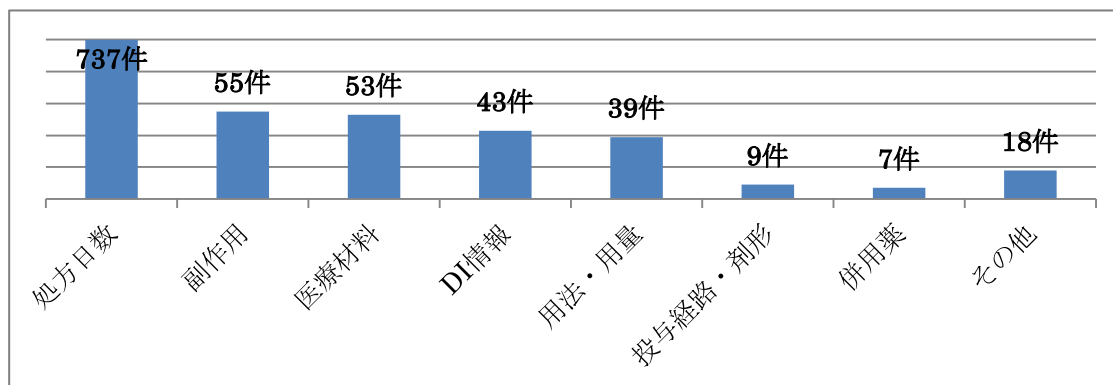
Q3：在宅医療において薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うことについて？



【疑義照会】

保険薬局からの疑義照会件数は計 961 件で内訳については下記の通りとなった。

疑義照会内訳



薬剤師が専門性を持って介入することで、他職種から業務負担の軽減、薬剤への安心感の向上など高い評価を得られた。

具体的に良かった点としては、主治医との調整、効果や副作用の評価、薬の相談役、服薬管理、医療材料の調整などが挙げられた。特に訪問看護ステーションのスタッフから注射薬、医療材料の管理に薬剤師が関与することで大幅に業務負担が軽減されたという声が多数挙がった。

疑義照会で最も多かったのが、残薬の調整などの処方日数に関する事で、続いて「副作用に関する事」、「医療材料に関する事」であった。

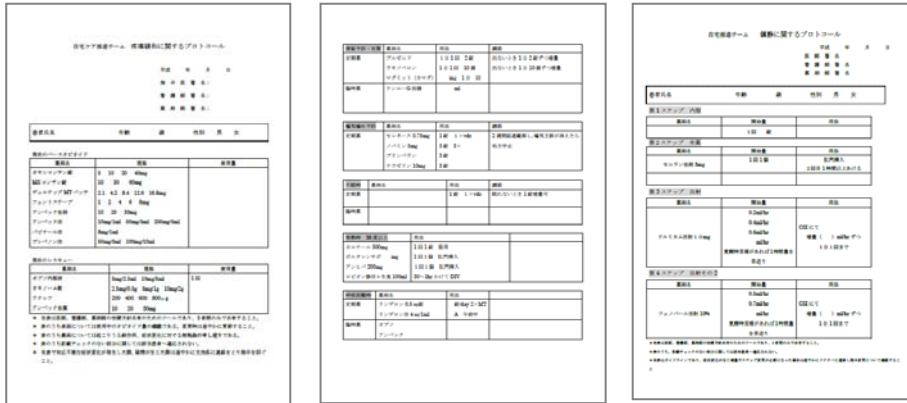
このようなことから、チーム医療に薬剤師が関わる事が医療の質の向上や他の医療スタッフの業務負担軽減に有益であると考えられる。

24. プロトコルの作成・運用

疼痛緩和、鎮静に関するプロトコルを下記の通り作成した。

評価
・
考察

本プロトコルにて予め予測される容態変化の対処方法をチームで共有することによって、スムーズな対応が可能となった。今後は本プロトコルを地域連携クリティカルパス内に組み込んで運用していきたいと考える。



2.5. 患者満足度（患者・家族・遺族）の評価

下記の通り、患者満足度（患者・家族・遺族）調査を実施した。

実施期間	2011年11月17日～2012年2月9日
対象	3者が関わった患者・家族・遺族を対象
実施方法	郵送による自記式アンケート
回収方法	返信用封筒にて郵送
回収率	対象数：66名（遺族43名、患者・家族23名） 回収数：42名（遺族29名、患者・家族13名） 回収率：63.6%（遺族67.4%、患者・家族56.5%）

評価	点数
非常に良い	5
良い	4
どちらとも言えない	3
悪い	2
非常に悪い	1

平均評価点
4.42 点

遺族アンケート（回答数：29名 回収率：67.4%）

患者様やご家族の個人情報適切に保護されていたと思えますか	4.18
在宅チームは、患者様に現在の状況や、治療内容、将来の見通しや療養生活全般について十分にわかりやすく説明していたと思えますか	4.31
在宅チームが関わるまでの流れはスムーズであったと思えますか	4.21

在宅チームは患者様の苦痛やつらい症状に適切に対応していたと思われませんか	4.31		
在宅チームは患者様やご家族にとって質問や相談がしやすく、丁寧に接していたと思われませんか	4.55		
在宅チームはご家族の生活や健康にも考慮していたと思われませんか	4.32		
在宅チームは患者様の療養生活が快適に過ごせるように、要望に対し速やかに対応していたと思われませんか	4.45		
在宅チーム内での連絡やチームワークはうまくできていたと思われませんか	4.45		
安全な医療サービスが提供されていたと思われませんか	4.38		
患者様は、痛みや苦痛が少なく穏やかに過ごせたと思われませんか	4.0		
患者様は在宅チームを信頼していたと思われませんか	4.18		
患者様は、自分の望む時間の過ごし方が出来たと思われませんか	3.82		
患者様は、望んだ場所で最期を迎えられたと思われませんか	4.31		
患者・家族アンケート（回答数：13名 回数率：56.5%）			
	医師	看護師	薬剤師
医師は、現在の症状や、治療内容、将来の見通しや療養生活全般について十分にわかりやすく説明してくれますか	4.54	—	—
医師・訪問看護師・薬剤師等の各スタッフ（以下スタッフとする）は患者様の苦痛やつらい症状に適切に対応してくれますか	4.67	4.67	4.42
スタッフは患者様やご家族にとって質問や相談がしやすく、丁寧に接してくれますか	4.67	4.67	4.33
スタッフは患者様の療養生活が快適に過ごせるように、要望に対し速やかに対応してくれますか	4.75	4.67	4.42
スタッフはご家族の生活や健康にも配慮してくれますか	4.38	4.46	4.15
医師・訪問看護師・薬剤師等の在宅チーム（以下在宅チームとする）が関わるまでの流れはスムーズであったと思われませんか	4.67		
在宅チーム内での連絡やチームワークはうまくできていますか	4.69		
在宅チームから安全な医療サービスが提供されていますか	4.54		
在宅チームは患者様やご家族の個人情報について適切に管理していましたか	4.46		

患者満足度調査では特に「質問・相談のしやすさ」「迅速な対応」「チームワーク」について評価が高く、チームの連携がスムーズであったことが考えられる。

26. 医療スタッフ満足度の評価

下記の通り、医療スタッフ満足度調査を実施した。

実施期間	2011年12月1日～2012年1月31日
対象	実証事業に関わったスタッフ
実施方法	郵送による自記式アンケート調査
回収方法	返信用封筒にて郵送
回収率	対象数：42名 (医師2名 看護師36名 薬剤師1名 理学療法士2名 作業療法士1名) 回収数：42名 回収率：100%

評価	点数
非常に良い	5
良い	4
どちらとも言えない	3
悪い	2
非常に悪い	1

平均評価点
4.11点

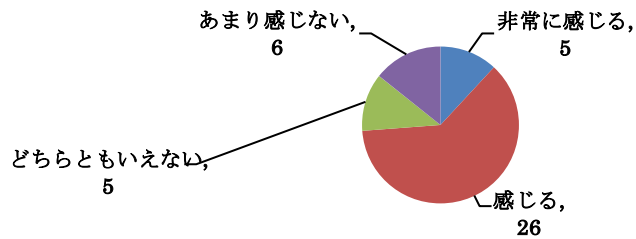
医療スタッフ満足度アンケート (回答数：42名 回収率：100%)

治療方針・計画が医師・訪問看護師・訪問薬剤師等の在宅チーム内で（以下、在宅チームとする）きちんと周知されていたか	4.12
在宅チーム内でリアルタイムの患者情報を共有できる環境が整備されていたか（診療、訪問看護、訪問介護レポート等）	3.82
在宅チーム内で柔軟かつスピーディーな対応体制が構築できていましたか	4.07
在宅チーム内で重要な連絡は漏れなく迅速に伝わっていましたか	3.98
各種カンファランス（退院前、定期、緊急、デスクカンファランス）の開催頻度や開催時間は適切でしたか	3.97
各種カンファランスの内容は充実していましたか	4.05
在宅チーム内で意見を出し合ったり、助け合ったりしていましたか	4.15
医師からの指示は適切でしたか	4.37
在宅チーム各スタッフの仕事の範囲や責任は明確でしたか	4.07
在宅チーム各スタッフの配置や仕事の割り当てなどが適切に行われていましたか	4.07
在宅チーム内で互いの機能補完を行い、業務が軽減されていましたか	3.83
医療安全確保に対し在宅チーム内できちんと取り組んでいましたか	3.71
患者満足度向上のために在宅チームは積極的に努力していましたか	4.17
「福山在宅どうしよう会」、「実証事業研修会」等の研修内容は充実していましたか	3.68
保険薬局が24時間365日対応体制を行うことについて	4.51
医療材料や注射薬を保険薬局で取り扱うことについて	4.44
在宅医療において薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うことについて	4.63
保険薬局において輸液・麻薬注射薬などの無菌調剤を実施することについて	4.43

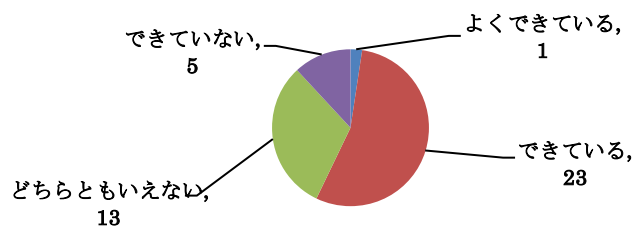
27. ストレスマネジメントについて※新規の追加項目

下記の通り、医療スタッフに対してストレス調査を実施した。

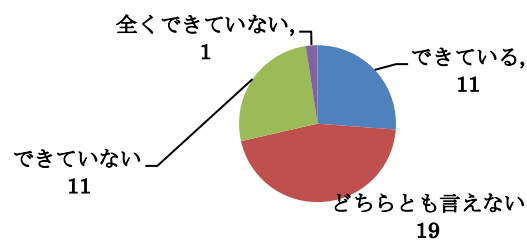
Q1：仕事上でストレスを感じますか？



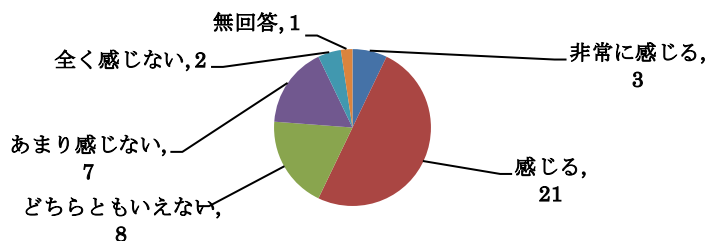
Q2：ストレスを解消できていますか？



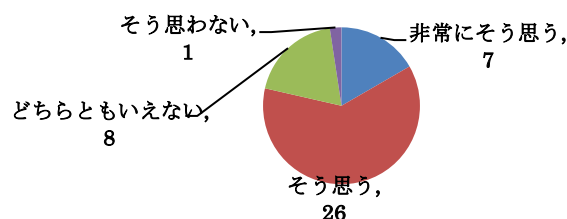
Q3：ストレス対策に力を入れていますか？



Q4：燃えつき（バーンアウト）感じたことはありますか？



Q5：在宅ケアの仕事を継続したいと思いますか？



上記結果より、チームスタッフは在宅ケアへのやりがいを大きく感じる一方で、燃えつき（バーンアウト）やストレスに直面しているのが現状である。

24時間体制を支える就労時間の問題や日常のストレス対策が今後の大きな課題であるが、チームアプローチはチームスタッフのストレス軽減に寄与するものとする。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ① 今回の在宅ケア推進チームは地域における複数の異なる事業体により形成され、しかもケースごとに編成が異なるのが特徴である。これをふまえて次のような問題点が挙げられる。
 - ・ 責任体制（責任の所在）の問題
 - ・ 事業所ごとのチーム医療に対する考え方の違い
 - ・ 事業所ごとの質の問題
 解決策としては、在宅ケアマニュアルを活用し、地域の中で在宅医療に関する一定のコンセンサスを形成する地道な取り組みが必要であり、研修会などを通して質の向上や顔の見える連携づくりを推進していく必要がある。
- ② 今回の実証事業は医療スタッフが中心のチーム編成であったが、地域のニーズに応えるためには医療と介護の連携が不可欠である。介護スタッフを含めたチームアプローチの実践が遅れており、今後は医療と介護をつなぐ介護支援専門員の役割がさらに重要となる。現状では介護支援専門員の間で医療に対する知識・認識に差があることも問題として多数挙げられ、今後の課題であるとする。
- ③ 現法では保険薬局が一般の点滴など院外処方が不可とされる注射薬を取扱うことができない。医療材料と同様にこれらの注射薬に関しても、医師の指示のもと、保険薬局を供給拠点とした流れが可能となれば診療所や訪問看護ステーションの負担が大幅に軽減される。チーム医療を推進する観点からも規制緩和をお願いしたい。

- ④ 現在の介護保険制度において、終末期がん患者の場合、申請から認定までの間に状態が大きく変化する、近い将来予想される介護量の増加が認定に反映されていない等の問題点が指摘されている。このことはケアプランの作成、チーム医療の実践において大きな支障となっている。終末期がん患者の介護認定のあり方について各自治体で協議されているが、制度としての見直しも検討していただきたい。
- ⑤ 居住系施設において医療・看護と介護の連携が困難なケースにしばしば遭遇した。小規模多機能ホームなど一部の施設に訪問看護ステーションが介入できないなど制度上の問題もあり、医療ニーズの高い利用者への適切な対応が困難な現状がある。解決策として、居住系施設における介護職と看護職（訪問看護ステーション）の役割分担、機能補完を明確にすること、合同の研修会等で顔の見える連携を促進すること、さらに制度の見直しも必要であろう。
- ⑥ 本事業でチームにおける情報共有の重要性が明らかとなったが、複数の事業所が参加するチームにおいてその実現は決して容易ではない。現状では電話、文書、メール等の媒体を活用し、よりスピーディーで正確な情報伝達に努めているが、将来的には『1患者1カルテ』を目標に、国及び自治体の主導により電子カルテの共有などIT化がさらに推進されることを期待する。
- ⑦ 在宅医療における医療安全の概念と責任体制が明確化されておらず、スタッフの意識も不十分であった。今後の研修の中で、重要なテーマのひとつとして取り上げていく必要がある。
- ⑧ チーム医療の推進にカンファランスの果たす役割が非常に大きいことが実証された。限られた時間内で最大の効果が得られるよう、カンファランスの質向上を図る必要がある。
- ⑨ 複数事業所が関与する在宅医療において、高額療養費制度利用の手続きが煩雑である。手続きの簡素化など利用者の立場に立った制度の見直しをお願いしたい。
- ⑩ 地域において在宅医療の認知度が未だ低い状況であり、継続的な啓発活動が必要である。
- ⑪ 質の高い在宅医療を実現するためには多職種によるチームアプローチが求められている。「福山在宅どうしよう会」などの活動を通じて多職種との連携を広めていきたい。また、行政にも参加を要請し、より多面的なチームアプローチを目指したい。
- ⑫ 入院から在宅への移行に関してより適切かつスピーディーな対応が求められている。今回作成した緩和ケアにおける地域連携パスの運用に加え、病院と地域を結ぶ在宅コーディネーターの設置が望まれる。
- ⑬ 今回は限定された事業所による点と点（いわゆる線）の連携に留まったが、今後は診診・看看・薬薬連携を視野に入れた面の連携作りが必要である。

総括評価

今回の事業を通して、私たちが約 2 年間かけて構築してきた在宅における多事業所による 24 時間連携医療チームを多角的に評価できたのは大きな収穫であった。多事業所が参加するチーム医療に多くの課題が存在することが判明した一方、情報共有の機会を充実させることで質が高く、効率的・経済的な医療を提供できることが実証された。特にカンファランス等による顔の見える、相談しやすい関係作りがチーム医療に大きな影響を与えることがわかった。多くの事業所が参加することで視野が広がるといったプラス面も指摘された。患者様の立場からも、チームで関わることにより大きな安心感を得たという声が多かった。ケアの質の向上のため、さらに多くの職種がチームに参加できる環境づくりを進める必要がある。

在宅緩和ケアにおいて少なくとも診療所、訪問看護ステーション、保険薬局による 24 時間体制は必須であり、本取組みにおいてもその重要性が明らかにされた。但し現場のスタッフにかかる負担は依然として大きく、互いの業務負担軽減に向けた継続的な取り組みは今後も重要であると考えます。また、在宅医療をバックアップする地域の中核病院も広い意味でチームを形成する大切な要素であり、さらなる連携の強化が必要である。

今回の事業を進める中で、チーム内の信頼関係が強化され、チーム医療に対するチームメンバーの認識は格段に向上した。それに伴いケアの質の向上も期待される。一方、本事業の期間で解決できなかった課題も多くあり、できれば来年度も事業の延長を希望する。

「医療スタッフからの感想 ※医療スタッフアンケートから抜粋」

- ・ カンファランス、IC、連絡等こまめに出来ていたと思う。普段から顔の見える関係、チーム作りが出来ていたからだと思う。
- ・ チームで関わっているという意識があったことで責任感を持って行えた。
- ・ チーム作りができていたので、相談・報告しやすかった。
- ・ 話し合いや情報共有を密に行い、利用者にとっても医療者にとっても分かりやすい支援ができるようにこのまま相談しやすい関係（チーム）として活動できれば良いと思います。
- ・ 知識・資質の向上を図り、チーム内で情報共有出来る事が望ましい。

「遺族からの感想 ※患者満足度アンケート（遺族）から抜粋」

- ・ 自宅に来られるチームの方を心から感謝しておりました。心のこもった言葉かけをしてくださり、ありがとうございました。
- ・ 在宅チームの方々には大変お世話になり、母の希望通り自宅で亡くなり、私もみなさまに相談しながら、思う存分看護ができ、今ではそれらが全部良い思い出になっています。後悔もありません。本当にありがとうございました。
- ・ 本人も家族も在宅ケアについて詳しく知らなかったので、最初は不安もありましたが、病院から退院前に在宅ケアに携わるスタッフや先生(医師)方、薬局の方のカンファレンスをして頂いた事、夫は大変心強く感じていました。それは、私達家族にとって本当にありがたい事で夫が自宅で過ごす一番の願いを叶えて頂いたと感謝しております。夫が亡くなった後もお忙しいところ自宅に焼香に来て頂いて、お心遣いありがとうございました。
- ・ 薬剤師さん、福祉用具の方、ケマネージャーさん、訪問看護師さん、先生(医師)、看護婦さんをはじめ、すべての方々にお世話になりチーム医療を受けたという実感があります。ありがとうございました、感謝しております。
- ・ 唯一人の患者の為に、たくさんの方々に関わっていただき、ほんとうに贅沢な終末医療を受けることができました。感謝するばかりです。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

高齢化が急速に進展する我が国において、今後なくてはならない在宅ケアを推進するためのチームについてその効果等を簡潔にまとめている。

保険薬局の24時間対応は、特に医療依存度が高くオピオイドを使用するケースなどに関わっている場合は非常に重要である。この問題はチームアプローチの形の問題ではなく、より根本的な問題を整理した上で、このような事業展開を計るべきと考える。

報告書に記載されている、本事業の期間で解決できなかった課題について、もう少し具体的に示していただければ良かった。

上田地域ケアを支える診療所・薬局連携チーム (い内科クリニック)

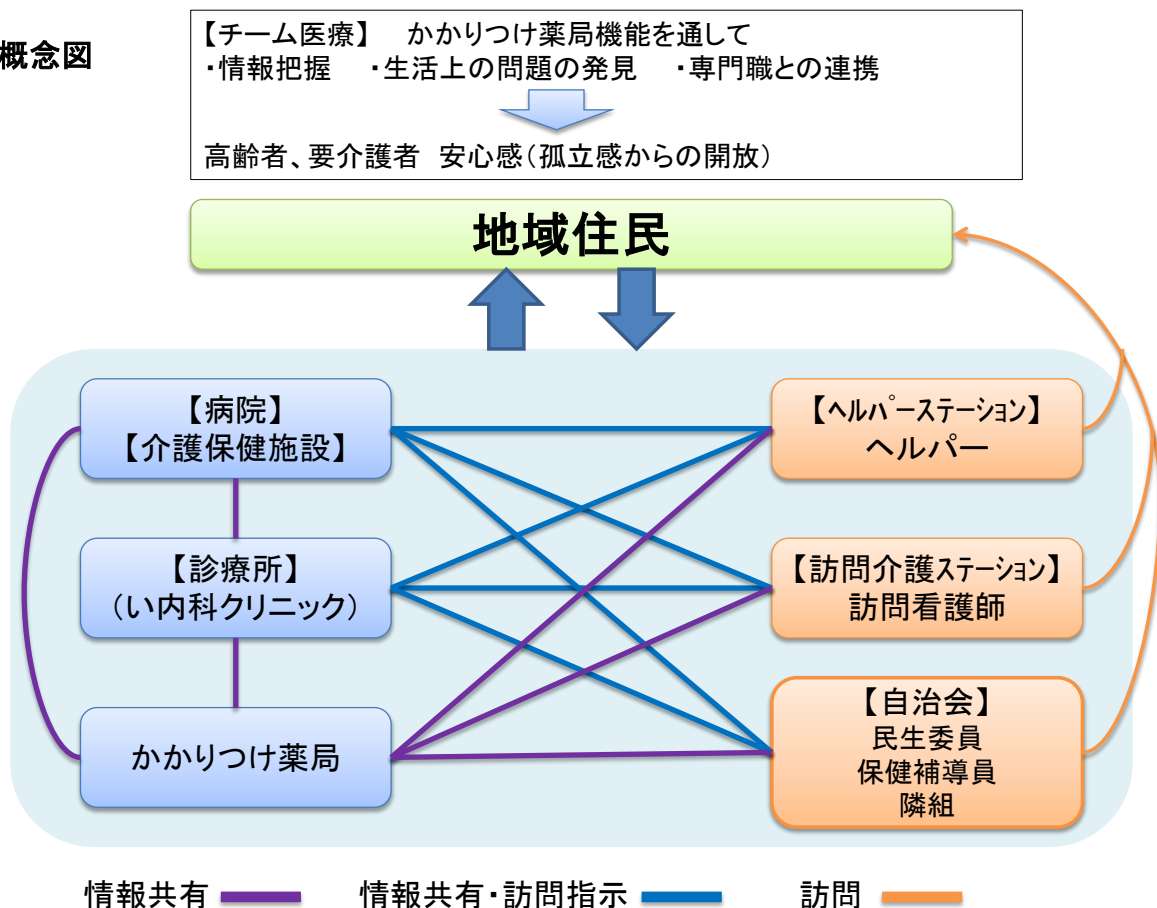
チームを形成する目的

地域の高齢化に伴い、一人暮らし高齢者が増加している。要介護者は介護サービスを受けているとはいえ、介護職が十分な医学的知識を持っていないこともあり、医療職種の連携により、日常生活上の心理、生活、医学的問題を発見し、地域住民の安心感（孤立感の回避）とともに、夜間受診、緊急入院を回避することを目的とする。

上田薬剤師会は、歴史的に医薬分業が進んでおり、個々の薬局がかかりつけ薬局機能を有しており、地域に密着した活動をしている。薬局においてOTC医薬品や健康食品を購入している消費者、在宅ケアに関わっている地域住民の問題を発見する機会も多い。地域高齢者の問題を薬剤師が早期発見し、診療所の医師に情報を伝え、医師が往診を行うとともに、必要に応じ、訪問看護師、ヘルパー、自治会（民生委員や保健補導員、隣組）への調整・指示（コーディネーション）を行い、それぞれの職種が患者・生活者のため連携することで、地域住民の安心社会を実現する。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

概念図



- ① かかりつけ薬局機能：地域住民は、最も身近な医療職である地域の薬局で処方薬の調剤、OTC 供給、その他衛生、生活雑貨（食品以外の、洗剤、シャンプー、殺虫剤など）供給在宅ケアを受けている場合は、在宅ケアなどの場において、健康相談、生活上の問題の相談を受ける。これらの相談、調査のため、専用の調査用紙が作成されている。

- ② 薬局の薬剤師は、薬剤の効果を通して臨床的評価を行うとともに、地域住民の生活上の問題を把握し、孤立感などの精神的な問題も把握する。
- ③ 問題を発見して、診療所医師に情報を提供。薬剤の問題であれば、変更の依頼などを行う。生活上の問題については、必要に応じ、医師と相談しながら、訪問看護師、ヘルパー、自治会職員等の派遣の指示につなげる。
- ④ 薬局からも、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、自治会への情報提供も行う。個々の住民応じて、カンファレンス、メール等によりそれぞれの職種などが生活・医療情報などを共有し連携することで、患者・生活者の重症化予防に介入しQOLをあげる。
- ⑤ 地域住民は、地域において医療チームに見守られることで、安心社会につながる。
- ⑦ 自治会から地域住民の生活上の問題点等を、相談用紙を利用し吸い上げ、かかりつけ薬局や連携チームにつなげる。
- ⑧ 講演会、アンケートなどによる地域住民への啓発活動：医師、薬剤師、ケアマネージャー、研究者等による講演会を実施し、地域ケアの質の向上を目指す。

チームによって得られる効果（評価方法）

診療所：薬局と情報共有できた住民数（プロセス指標）、カンファレンス実施回数（プロセス指標）

薬局：情報共有できた患者数（プロセス指標；情報共有内容別）、医療機関と情報共有できた住民数（プロセス指標）、

地域住民：緊急入院数、夜間入院数（アウトカム指標）、医療的な処置数（骨折、新たな治療薬など）

訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、自治会：訪問につながった住民数（プロセス指標）

薬局における地域住民の情報収集は、情報収集のフォーマットに沿って実施され、孤独感などの精神的領域も評価される。そのため、具体的な数値化は困難であるが、地域住民の安心感の向上も期待される効果と考えられる。また、直接のチームには含まれないが、重症化による医療機関受診の前に地域で対応ができることから、病院の医師をはじめとする医療従事者の業務負担軽減につながることも期待される。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

○ 事業実施体制の構築

診療所、地域包括支援センター、ヘルパーステーション、自治会との連携の仕組みを構築した（添付図参照）。参加した施設は、薬局4軒の他、ヘルパーステーション1軒であり、また、地域での見守りを重視する観点から自治会も参加し、今年度7回の連絡会と地域住民を対象とした講演会を2回実施した。

○ 会員薬局における相談体制とマニュアル作成

薬局が情報収集基地になることから、住民の健康チェックポイントと薬局間のばらつきを減らすための、チェックポイントの解説集を作成した。チェックポイントは、発熱、食欲、お通じ、悪心、排尿、睡眠、体重、傷み、日常生活動作等からなるもので、異常があれば、医師やケアマネ等と情報が共有される。

○ 情報共有と住民満足度の向上

参加薬局で相談を受けた住民（患者）数は11名であり、これらのうち、ヘルパーへの紹介・情報提供を行ったものは1名、い内科クリニックへの紹介・情報提供を行ったものは1名であった。住民には、アンケート調査を行い、生活への不安などについてのデータを得ることができたので、引き続き本仕組みによる満足度調査を継続して実施していく予定である。

チェックポイント	氏名 () 殿
いつ頃から () どのように ()	
具合が悪いのか?	
熱はあるか? (平熱・微熱・高熱)・・・分かれば () ℃	
食欲はあるか? (ある・あまりない・ない・まったく食べられない)	
食べられていない場合が問題	
いつ頃から食べられないか ()	
水分は取れているか ()	
お通じ は? (ふつう・下痢・便秘)	
下痢は (水様・軟便) で1日 () 回、おしっこは出て (いる・いない)	
便秘は ()	
吐き気 は? (ある・ない) 嘔吐 ? (ある・ない)	
	いつから ()
	何回 ()
	おしっこは出て (いる・いない)
睡眠 は? (問題ない・眠れない)	
体重 は? (変わらない・減った・増えた)・・・() kg	
むくみ は? (ある・ない)・・・あるならどこが ()	
痛み は? (ある・ない)・・・あるならどこが ()	
	どのくらい (我慢できる・我慢できない位)

登録台帳	薬局 NO. _____	登録日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名:	_____ 様	性別 (男性・女性)
生年月日:	M・T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日生	
住所:	_____	
電話:	_____	携帯: _____
家族構成:	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
かかりつけ医	_____	かかりつけ薬局 _____
ケアマネージャー	_____	
相談内容・気になる問題点	(<input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> 生活不安 <input type="checkbox"/> その他 _____)	

転機	_____	

また、自治会の民生委員なども、日常的に高齢者と接しているため、民生委員等が住民の問題を発見した場合には、その問題を薬局に伝えるための簡略化された記録用紙も準備した。

相談用紙 新田自治会 NO. _____ 相談日：H_____年 ____月 ____日

氏名： _____ 様 性別（男性・女性）年齢（ _____ ）

住所： _____

以下につきましてはよろしければご記入ください。

電話： _____ 携帯： _____

家族構成： 独居 二人暮らし 家族と同居 その他（ _____ ）

かかりつけ医 _____ かかりつけ薬局 _____

ケアマネージャー _____

相談内容（ 健康不安 生活不安 その他 _____ ）

相談したい事がありましたらご自由にお書きください。

地域ケアを考える診療所・地域自治会・薬局連携チーム

○ **記録と情報共有システム**

主に薬局で記録される紙ベースでの患者記録表を作成している。患者記録表は、患者の生活状態（同居者等）、薬（処方薬と OTC）の内容と管理状況、罹病と症状について記録され、あわせて、サービスによる安心感等の変化を評価するための評価表を作成した。また、上田薬剤師会のもとに倫理委員会を設置し、個人情報の保護が保たれるよう事業を実施した。

患者基本データ票		初回作成日	平成 年 月 日
		作成者	
氏名	フリガナ	住所 〒	生年月日 19 年 月 日 (才) (明・大・昭 年)
			緊急連絡先 氏名 ()
		電話 0268 - -	電話
性別	男・女	携帯 00 - -	住所
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	主介護者	関係 ()
		住所	電話
同居者氏名と関係		訪問頻度	
通院中の病院・診療所及び医師名		かかりつけ薬局	
		居宅支援事業所	
		担当ケアマネ	
服用中の医薬品(OTCを含む)		現在の調剤方法	薬の保管状況・管理者
		コンプライアンス (良・不良)	服薬支援ツール (有・無)
		外部からの監視 (有・無)	頻度
服用・調剤方法に関する注意点			
身体状況	視力 (正常・低下) 聴力 (正常・低下) 意思疎通 (可・不可) 精神疾患 (有・無) 麻痺 (有・無) →ある場合 () その他 ()		
生活状況	食事 回数 回 (朝 昼 夜) その他 () 嗜好 (飲酒・喫煙)		
	睡眠 夜間 () 時間 良・不眠傾向 日中 () 時間 時頃		
	排泄 尿回数 昼 回・夜間 回 便秘 (普通・下痢・便秘) 下剤の服用 (有・無)		
	その他の日常生活についての問題点		
緊急時連絡可能な近隣住民	住所・氏名・連絡先		
	無・有		
その他			
介入に至った経緯・理由と対応			

○ 紹介、診察、サービス提供

患者の同意に基づき、医師、ケアマネに情報を共有する。

<薬局での取り組み>

薬局に訪れる住民の中から、チェックポイント表、登録台帳などの活用により、参加4薬局で健康上、生活上の問題点のあると思われる住民は 11件登録され情報が整理された。

-登録者情報-

性別	男性	3
	女性	7
年代	90代	3
	80代	6
	70代	0
	60代	2
世帯	独居	8

人数	2人	2
	その他	1

家族が県外にいる高齢独居、高齢世帯、障害をもっている方などが登録されている。

10名については、かかりつけ薬局で薬剤管理、臨床的評価を行い、高齢独居でコンプライアンスが悪い例は担当医師に情報提供し処方薬の変更提案等を行った。さらに生活面の相談対応、見守りを行っている。今後、医師、ケアマネージャーと連携し個々の事例について今後のケアについてカンファレンスが行われる予定である。

訪問が必要となった例は1件あり、医師、ケアマネージャー、薬剤師とカンファレンスが3回行われた。情報が共有され問題点の評価が行われ、医療面、生活面について今後のケアについて方針が確認された。

【例】 90歳 女性 独居

(経緯)

普段から薬のことや排便、体の変化する痛みなどに不安があり、多い日は1日に数回電話での問い合わせがあった。

今回設立されチームで登録し、見守っていくことをご理解いただき対応することとなった。

(対応)

定期的なケアマネージャーの訪問により生活面での不安や問題点が把握された。

医療面では、かかりつけ薬剤師の訪問により服用薬の整理が行われた。複数の医師との連絡ノート等による、医療、生活面も含めた情報共有により治療薬の整理を行った。

(結果)

今まで医師の指示すら聞かないような性格であったが、家族や今回関わった薬剤師や訪問相談員と納得いくまで協議し、いままで思い込みで服用しな かったり、もしくは飲みすぎていた薬などが明るみになり、次回処方から削除されたり、患者さんの訴えに合った薬剤に変更されていくようコンプライアンスの向上につなげた。

電話の回数も減り不安により薬局に駆け込むケースも減ってきている。何度かかわりをこのような形で持つことで、顔見知りの範囲から家族に近い存在に徐々に慣れていく感覚が患者さんのほうに合ったように見受けられる。

別居しているご家族からも最近では精神的にも安定してきていると報告があった。現在も変調をいち早く発見すべく定期的な訪問により見守りをつづけ、チーム内で情報が共有されている。

現在かかっている先生に今までどおり診てもらい、通院困難になればその先生に紹介状を書いてもらい、い内科クリニックから在宅訪問開始し、最後は家での看取りを希望している。

<地域自治会>

住民自ら、また隣組等の近所から、医療、生活不安のある高齢者の不安が相談用紙に記載され、地域自治会も含めた連携チームに34名報告された。

相談内容	健康不安	・・・4名
	生活不安	・・・5名
	健康不安+生活不安	・・・8名
	保留（将来の相談）	・・・17名

【例】 81歳 女性 高齢ふたり世帯 子供は居ない

- ・ 夫婦とも介護保険を受けている。本人は脳梗塞で3件の医療機関に受診。夫は認知症、大腸がん術後、糖尿病（インシュリン）で2件の医療機関に受診。これから将来ふたりとも老いていくだけで健康不安と生活不安をかかえどうしたら良いか分からないとのこと。
- ・ これからふたりとも在宅訪問医療にし、24時間往診体制を約束。将来は福祉の支えも強化していくことを約束。
- ・ 今後も、医師、ケアマネ、薬剤師、自治会のメンバーで問題点の把握、評価され、見守りや医療面、生活面でのケアを行っていく予定である。

今回の取り組みで、地域の中にある薬局、自治会が地域住民の生活不安、医療不安や変化をいち早くキャッチし各専門職につなぐ事ができるので、早い段階で専門的なケアに結びつけられ、重症化予防につながる可能性が示唆される。

○ 講演会、アンケートなどの啓発活動

医師、薬剤師、ケアマネジャー、自治会、研究者等による講演会を実施し、地域ケアの質の向上を目指した。

- ・ 2011年10月 上田市新田地区の住民アンケート実施（在宅ケアに対するニーズ調査）
- ・ 2011年11月 住民対象の講演会・シンポジウム開催 参加者122名
 特別講演「老いをささえる社会の仕組み」（講師：坂巻弘之先生 名城大学教授）
 パネルディスカッション「安心して老いを迎えられるまちづくり」
 シンポジスト：伊藤侑子（新田住民 介護経験者）
 宮本智夫（新田自治会長）
 望月祐子（居宅介護支援センターえん）
 小林大高（薬剤師）
 井 益雄（チームリーダー）
- ・ 2012年2月 住民対象の講演会開催 参加者270名
 講演「生活習慣病の予防と治療-肥満・糖尿病を中心に-」
 （講師：池田義雄先生 タニタ体重科学研究所所長）

アンケート結果

新田自治会住民アンケート調査結果

配布枚数	2,567
回答枚数	2,047
回答率	80%

回答者情報

性別	男性	951
	女性	1,049
	不明	47
年代	20代	153
	30代	243
	40代	331
	50代	337
	60代	392
	70代	355
	80代	210
	90代以上	18
	不明	8
世帯人数	単身	150
	2人	595
	3人以上	1,086
	不明	216

質問1 あなたはご自分の老後について何が一番心配ですか？
(複数回答可)

	回答数	割合
① 健康について	1,419	69%
② 認知症になったら	794	39%
③ 経済的な事	866	42%
④ すぐ近くに身内がない事	129	6%
⑤ 残された家族が心配	338	17%
⑥ 特に心配していない	134	7%
⑦ 考えたことがない	148	7%
⑧ その他	26	1%

問1⑧その他(抜粋)

自分の宗教があり、死への不安は全くありません
日本の未来
市内に身内がいるので
つれあいの健康。子供の健康
老後一人暮らしが心配です
子供たちの生活
夫よりも先に自分が駄目になれば息子夫婦に苦勞を掛け心配
寝たきりになること
全て心配
年金
有料でない老後の介護施設が上田市は特に少ないこと。
仕事のこと、どういう仕事をするか
負担をかけたくない
高齢者数増加により、病院施設等の数やサービスが確保できるか心配
老後のことより今が心配
国の税金をしぼられ恩恵をうけないうちに早く死ねと言われること

質問2 もしあなたが自分の身の回りのことが出来なくなったらどうしたいですか？

	回答数	割合
① できれば自宅に住み続けたい	840	41%
② 施設に入りたい	823	40%
③ 考えたことが無い	381	19%
(理由)	555	

質問3 もしあなたのご家族が身の回りのことが出来なくなったらどうしたいですか？

	回答数	割合
① できれば自宅で介護したい	987	48%
② できれば施設にお願いしたい	777	38%
③ その他	223	11%
(理由)	493	

質問4 あなた自身が最後はどこで迎えたいですか？

	回答数	割合
① 自宅	1,108	54%
② 病院	327	16%
③ 施設	157	8%
④ 考えたことがない	478	23%

質問5 あなたにとって「理想の看取り」とは何ですか？

回答	778
----	-----

質問5:あなたにとって理想の看取りとは(抜粋)

健康で皆に迷惑のかからないように	自宅で眠るように
家族に見守られながら静かな長い眠りに入りたい	他人に迷惑かけないように自然に
穏やかな気持ちでいられれば場所は特に選ばない	病院で静かに迎えたい
自然な形で、出来れば自宅で静かに	経済的に余裕ありおだやかに
家族に囲まれて死ぬ	延命治療は不要
苦しまずに逝きたい	長く入院したくない
家族や友人などに看取られたい	健康でコト。医療の充実を願う
病気ではなく老衰	自宅でピンコロと逝きたい。
できれば子供たちに看病してもらいたい	施設で静かに迷惑かけないで死にたい。
認知にならないように長く寝ているのは困る。	安楽死
自分を完全に忘れた状態。他人の事だけを考えられる状態。	
その時自分自身で考える事が出来るのかということではないでしょうか。年齢にもよる。	
最後の時まで元気で、自分の事は自分で出来、ころっと迎えられれば良い。家族にあまり迷惑をかけないように夫婦が共に健康で過ごすのが一番だが、具合が悪くなれば出来る限り介護したい。	
自分の生きてきた家で、育ててきた盆栽やお花があったら、それを見ながら好きで、静かな音楽を聴きながら旅立ちたい。	
家族に看病などの負担がかからないように、施設を利用して生活し最期を迎えたい。でも、施設が少ないし、高額な費用を出さないと入れないのでこまる。	
まだイメージがつかないので、様々なケースに応じて選択できる制度やシステムが整備されていてほしい。	

平成23年11月23日 第1回「みんなが安心して暮らせる地域づくり」シンポジウムアンケート結果

質問1 本日のシンポジウムは

	回答数	割合
1.大変良かった	67	79%
2.まあまあ良かった	16	19%
3.ふつう	2	2%
4.あまり良くなかった	0	0
5.良くなかった	0	0

質問3 新田地区でのこのような取り組みは

	回答数	割合
1.大変必要なことだと思う	55	66%
2.必要なことだと思う	27	32%
3.分からない	2	2%
4.あまり必要ではない	0	0
5.不要である	0	0

質問2 内容について

	回答数	割合
1.大変わかりやすかった	54	64%
2.まあまあわかりやすかった	27	32%
3.ふつう	3	4%
4.あまり良く分からなかった	1	1%
5.全く分からなかった	0	0

質問4 「安心して老いを迎えられるまちづくり」にあなたは

	回答数	割合
1.おおいに協力したい	41	49%
2.可能なら協力したい	38	45%
3.分からない	5	6%
4.あまり協力できない	0	0
5.無理である	0	0

質問5. 本日のシンポジウムを聞いてあなたのご意見があれば自由にお書きください。(抜粋)

・普段からご近所仲良くしておくのが大事だと思います。
・支えの必要な高齢者を支える仕組みを組織的に作っていくことが必要。人の行為を頼っていただけでは前に進まない。
・地域での取り組みが良い事だと思っています。シンポジウムを年何回か開催したほうが地域のみなさんに情報がつたわる。
・今後も薬局を頼りにしたいと思います。
・井先生の話に大感動しました。このシンポジウムを発展させてください。あとの構成図がみえていなかった。
・今回のシンポジウムに参加して良かった。自治会含めて支援社会に協力したいです。
・大変良いお話を聞かせていただきました。1人ぐらしなので心配しておりましたが、安心いたしました。2回、3回と続けてください。
・老後は自助が大切だと思う
・現在は健康でグループ活動で楽しくやっていますが5年10年後ふと考えた時、家族の絆地域の絆がどんなに必要かと思えます。希望だけでなくぜひ実現すること、そして自分でも協力したいと思います。
・もっと生きがいや夢をもった生き方を探求したい。高齢でもげんきなお年寄りの生き方を知りたい
・このような活動のある新田に住める事に幸せを感じます。地域の皆さまの支え合いの大切さが良く分かります。できるだけボランティアの活動に協力したいと思います。
・普段からご近所仲良くしておくのが大事だと思います。
・支えの必要な高齢者を支える仕組みを組織的に作っていくことが必要。人の行為を頼っていただけでは前に進まない。
・井先生のお話をお聞きし、上田にも心あるお医者さんがいらっしやるのだとうれしく感動致しました。その人に沿ったやさしい介護を考えていきたいと思えます。これからもかかりつけ薬局さんと仲良くしていきたいです。このような場を設けて頂きありがとうございました。

啓発活動により本チームでの取り組みが期待されていることがわかった。

地域住民を含め各職種からの視点で地域ケアを考えることで、地域住民の高齢化社会での

中の地域ケアの必要であるという意識を高め、また自ら積極的に協力を得ることで地域の資源を活用できるようになる。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- ・ 今後迎える超高齢化社会において、地域にある人材、資源を利用し支え合い、地域ケアを行っていく必要がある。そのためには、専門職以外にも住民自らの積極的な関与が求められる。自治会の中にも近所づきあいが希薄な部もあり、継続した地域ケアを地域住民参加で行うために啓発活動は必要である。しかし、住民に対する地域ケアに関わる啓蒙活動は必須だがコスト面で自治会がどこまで耐えられるか不明である。
- ・ 地域住民の情報発見基地として薬局は機能するが、ケアにつなげる場合、チームあつての患者ではなく、住民あつてのチームの活動となるため、その住民が関わる他施設の医師、介護支援専門員や介護保険事業所なども協働できればよりスムーズで個々に合ったケアにつなげられる可能性はある。
- ・ 対象者が今以上に増えると一人医師診療所ではいずれ限界がくると予想される。今後は①在宅医療をやっている医師同士の連携をとること。②医師会を通じて在宅参入医師を増やすこと。③複数の病院と無床診療所との連携を密にして、患者の受け渡し（入退院の流れ）をスムーズに出来る体制をつくること。の3点をめざしたい。これからは地域の医療機関が相互に協力していかなければ、きたるべく超高齢化社会には対応できなくなる。

総括評価

医師から

従来ケースでは、手遅れで入院（医療機関を受診）して重症化・要介護者となり在宅ケアや施設ケアとなることが多かった。すなわち手遅れによるなれの果ての老人を後追いケアしているだけである。これでは本人およびその家族・医療および介護スタッフの負担が大きくなり、それに費やされる経済的負担も増えてしまう。医療や介護の支援は問題が生じた後から動き出しその前で手立てすることができない。

社会的に自立している虚弱老人・独居老人・高齢ふたり世帯などの介護保険予備軍の方々に対して、生活不安および健康不安についての情報を早めにキャッチして対策を立てる取り組みを開始した。それは地域住民に一番身近な「かかりつけ薬局」と「地域自治会」が情報収集の窓口になり、医療や介護の専門職に早めにつなぐ連絡網を構築した。専門職（医師およびケアマネージャ）は個々の相談事例のコーディネーター役となり、個々に対策を立てている。

すでに介護保険を受けているの方々に対しては、今現在困っていることの相談を受けている。将来も自宅で住み続けたいという希望があればそれを叶えられる支援体制を立てている。在宅での終末を迎えたいという方にも応じている。

このような取り組みが可能になったのは、医療や介護の分野よりもより住民に身近な「かかりつけ薬局」と「地域自治会」との連携ができたからである。

ケアマネージャから

本事業で、地域薬局の機能、情報量などについて初めて知る事ができた。

また地域包括ケアに向けて「地域の力」の必要性を 頻繁に目にする機会を得た。新聞受

入、ゴミすて、洗濯干しなどからも情報は入手することが可能である。地域住民同士（自治会）の機能にも期待したい。

薬剤師から

- 薬局では、各専門分野に情報をつなぎ共有する事ができるようになったので、薬局も積極的に医療面以外の幅広い分野においても住民の相談にのり、提案やケアを提供することができるようになった。

薬剤師が関わることで医師には生活上辛い症状を訴えるが、暮らしていく上でのもっと現実的な訴えを拾うことができ、さらには福祉サービスのエキスパートと組むことでくらしのサポートに対して厚みのある安心したサービスを感じてもらえることが分かった。

医師の処方内容を相互作用や重複投薬のチェックをするだけの薬局の薬へのかかわりだけでなく、くらしと直結した高齢者の薬に対して評価し改善方法を見出せる。

- 今回参加したことがきっかけとなり、患者さんと話す時の視点が変わりました。その結果、薬の話以外の生活環境や家族構成などについてのインタビューが確実に増えた。以前はご高齢のご家族の薬を受け取りに見える家族の方々に対しては、ご本人ではないため詳細に話をお聞きすることをためらうこともありましたが、質問してみると思った以上に多くのことを話して頂ける場合があり、より実質的な話へと展開することもありました。

しかしながら一歩踏み込んだ内容まで話を進めるには信頼関係が築けていないと難しいと感じるところもあり、今回のような活動は長い目で見ながら少しずつ成果を重ねていく性質のものだと感じました。

医師、ケアマネージャーが後ろにいるとの安心感で薬剤師も一歩踏み込んだところまで聞いてみようという気持ちになったのは間違いありません。

今回のような活動をもう少し大きな地域を一つの単位として実践していければ高齢化社会を見据えたよりリアルな活動になるのではないのでしょうか。

- 本チームは、ある疾病や職種間など狭い分野で結成されたチームではなく、地域住民に一番近い所に結成されるチームであり、ゲートキーパーとして目の前にいる人間ひとり、ひとりに向き合い、その人にあったベストのケアを早い段階で提供するために活動するチームである。そのため一人一人異なるケアとなるため、短期間で数値的な評価を出すには難しい面もある。しかし、あくまでも個人を尊重した対応の中で徐々に実績を積み上げていくことにより、ある程度パターン化されれば今ある資源を利用したスムーズなケアがどこでも提供できるかもしれない。

自治会から

（感想）

- 超高齢化社会を迎え、健康、福祉に関心が高くなっている中で、地域の住民が関心を持ち結束を持つことができた。
- やがて我が身の問題として捉えてもらうことができた。
- やがては全市的に広がっていく事業を、井先生のご尽力により、新田をモデルに先駆けやっていただき良かったです。
- 高齢化社会を迎え、独りになっても相談することによって楽になれる心の安心感、助け合ってもらえるという心強さが生まれた。
- 自治会がチームに入ることにより、地域の連帯意識が高まった。

- 地域住民の期待も大きいので、是非、充実した事業として継続していきたい。
- この事業がスタートしたこと、井先生、薬剤師会のみなさんに感謝します。

(今後の課題等)

- 超高齢化社会を自分自身の問題として捉え、地域で自分が何をできるのか、具体的実行がどんな方法で出来るのかも含め、事業継続の中で考えていきたい。
- 自治会地域住民への事業の周知徹底を図る必要がある。この事業を知らない人がまだ多くいると思うので、多くの人に活用していただくために周知していく必要がある。
- 相談内容を関係者（民生委員、福祉推進委員、健康推進委員、ボランティア大星等）で共有することができないか。情報を共有することで連携ができ充実した事業の継続ができるのではないかと。また、当該者の日常の身守りにも役立つと思う。
- 相談用紙を置く窓口の多様化、気楽に相談用紙が渡る仕組みについても検討することが必要。自治会としての窓口もあったほうがよいと思うので検討したい。
- 独り暮らしの高齢者でも多種多様であり、置かれて居る状況、どういうことに困っているのかや、何を必要としているのか、何を支援してもらいたいのか的確な把握が相談用紙で出来るように見直しも必要である。
- 生活支援の部分では、民生委員が担う分野も多い、この事業との整合性、強豪の問題等検討すること必要と思う。
- 相談者のマップづくりの必要性。
- この事業によって、住民相互で支え合う共助の支え合いが住民の生活を支える稚気づくりとして、関係者が連携し、現状認識、課題の発見、担い手の創出につながる支援体制の構築につながればよいと思います。
- 今後本格的に事業を継続していくことが大切であり、いろいろ考えながらあせらず良い事業としていけるよう自治会としても地域のみなさんのご理解ご協力を得て参加していきたい。

今後の取り組みについて

住民アンケートにもあるように、今回の取り組みは住民から期待されている事がわかった。

今後も、地域住民の生活圏にある、かかりつけ薬局や自治会といった社会資源を活用し、各専門家により健康面、生活面両面から個々の住民に合った早い段階でのケアを提供し重症化予防につながるよう活動してゆく。そして、住民の希望に応じた、自宅での生活、自宅での看取りを可能にしていきたい。また、自治会からの住民の見守りも継続するとともに、住民の不安を拾い出す、よろず相談所のような場所の設置や見守り支援隊としての活動を行っていく予定である。

また、今後はこの取り組みを広げ、他の診療所、病院、薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者などとの連携、自治会のより積極的な関与により、より多くの住民に効率的な医療、ケアを提供してゆく。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

かかりつけ薬局の機能を検討した事業であるが、それが情報収集に一定の役割を果たしているということは評価すべきである。しかし、問題は、個々のケースで得られた情報が実際

のケアに反映されるべきであるが、それに関する成果が少ない点である。また、将来的な費用対効果を考えると、このままの形では難しいと思う。

医薬分業に積極的に取り組んできた地域ならではの、幅広い具体的な報告であり、今後、他の地域においても大いに参考になるとと思われる。報告書の最後に指摘があるように、さらなる発展を目指していただきたい。

蔵の街とちぎ在宅療養支援チーム (株)メディカルグリーン あゆみ薬局

チームを形成する目的

看取りまで支援する在宅医療を提供するためには多職種連携が重要である。栃木市では在宅医療に熱心な医師や歯科医師によって、地域ケアが推進されているが、薬剤師の参加においては、まだ課題がのこる。そこで、多職種が集まり在宅ケアに関する研修会を開催し、意見交換・情報交換を行う機会を提供し、薬剤師に在宅業務への関心を深めてもらうと同時に、薬剤師の役割（職能）を、医師だけでなく、歯科医師や看護師、さらには、介護職にも理解いただき、特に訪問看護師の業務とされている感のある服薬管理について薬剤師が薬の専門職として関わるができる在宅ケアチームの構築を目的とする。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

看取りまで支える在宅医療の実践のためにチームを構成する

薬局：在宅患者に対して訪問薬剤管理指導の実施

蔵の街診療所：24時間対応する訪問診療の実施

須賀歯科医院：訪問歯科診療の実施

オリーブ訪問看護ステーション：24時間対応した訪問看護を実施

居宅介護支援事業所みどり：看取りまで視野にいたケアプランの作成

蔵の街コミュニティケア研究会：多職種連携の為、様々な職種が参加する研修会・交流会を実施し（その歴史は11年（開催回数65回））薬剤師の参加を呼びかける。

申請後の新たな取り組みとして、蔵の街コミュニティケア研究会が主体となり、“高齢者と「お薬」在宅介護で困ったら薬剤師がお手伝い”を編纂。新聞報道や講演会、勉強会等を通じ説明配布を行い、薬剤師はもとよりチーム医療関係職種へ対し、在宅ケアへの薬剤師関与の有用性や職能を広く周知。

チームによって得られる効果（評価方法）

チーム医療に関連する多職種が様々な情報交換をする事により、お互いの専門性を理解する事が出来、それぞれの役割をしっかりと担う事により、より良い在宅療養環境が整い、在宅療養者にとっては、より安心、安全な在宅ケアが提供できる。在宅業務に取り組む薬局が増加し、在宅療養者にとって適切な薬物療法推進に寄与する。退院時共同指導、在宅患者訪問薬剤管理指導、緊急時共同指導等の実施回数。在宅業務に取り組む薬局数などの数量で、その効果を客観的に評価することができる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

チーム医療に関し薬剤師の関わりが薄い、在宅ケアチームへの薬剤師参加が少ないという現状とその理由を調査分析した結果、ケアチーム側からすると、“薬剤師”に関して、知らない、解らない＝「呼ばない」という構図が成り立ち、薬剤師側からすると、在宅医療は解らない、在宅ケアチームの誰が何をやっているのか知らない、忙しいから行かない、現状も見ることがない（薬局の中にいるから）＝在宅ケアチームに「呼ばれない」と言う構図が成り立ってしまっている。しかし、在宅介護関係者のアンケート結果において、81%の方が薬

に関して困った経験があるという結果があり、薬剤師側も、誰もが薬局へ出向いて来られる訳ではない、家で療養されている患者さんが増えてきていることは感じている。本プロジェクトは目的達成のため、両者へ向けて、双方向のアプローチを行った。

薬剤師に対しては、大澤代表による講演活動で「多職種連携における薬剤師の役割」と題し在宅医療の紹介と薬剤師職能発揮についての啓発普及活動。栃木市に於いて訪問看護師・薬剤師対談シンポジウム ディスカッションを開催し、栃木県薬剤師会栃木支部を通じ参加を促した。在宅ケアチーム側へは市民フォーラムの開催並びに栃木市介護支援専門員連絡協議会研修会に於いて「多職種連携における薬剤師の役割」を講演。この講演の前後に在宅ケアと薬剤師についてのアンケート調査を実施した。以下に設問と結果（抜粋）を示す。

設問1 薬剤師の業務内容を知っていますか？

講演前結果 はい18% 少し67% いいえ15%

講演後結果 はい81% 少し19% いいえ0%

82%もの介護関係者が殆ど知らないと言う状況だったが、講演後のアンケート結果では大幅な改善を見る事が出来た。

設問2 チーム医療における薬剤師の役割を知っていますか？

講演前結果 はい6% 少し55% いいえ39%

講演後結果 はい84% 少し13% いいえ3%

チーム医療における薬剤師の役割となると94%、殆どの介護関係者が薬剤師の役割、職能知らないという状況だった。大澤代表による講演「多職種連携における薬剤師の役割」講演後のアンケート結果では大幅な改善を示した事が今後の薬剤師の在宅ケアチーム参加への認知につながると確信した。

アンケートの設問に「薬剤師には質問しづらいですか？」Yes Noという設問を配した。講演前には38%の介護関係者が“はい”＝「質問しづらい」と回答していた。講演後は僅かだが改善が見られた。質問がしづらい理由として、回答数の多かった順に、「関わりがないから」「何となく」「忙しそう」「機会が解らない」等、漠然としたイメージの様な回答が多かった。これら薬剤師に対するマイナスイメージを払拭する事により、在宅ケアチームへの参画が推進するものと確信した。また、「以前断られたことがあった」という回答もあがってきた。こういった負の経験やイメージを持たれることによる薬剤師職能発揮機会の損失は計り知れない。介護関係者の方々にこういった負の経験をされないよう方策をとる必要性を感じた。そこで、栃木県薬剤師会に於いてとりまとめた、在宅療養推進アクションプラン「薬局リスト」に着目した。これらは栃木県内保険薬局719件にアンケート調査し、416件が回答した調査結果を元に、在宅での訪問指導の可否、実績、応需体制や連絡先等を地域毎まとめ、具体的な店舗を明記したリストである。

これらリストを支部毎に再編集し、具体的な連携ツールとしてケアマネジャー研修会等の機会に配布した。具体的に近くのお薬相談薬局が解る帳票として、非常に有用という声を頂いた。ケアマネジャーから薬剤師を巻き込んで頂くことにより、必ずや薬剤師の在宅ケア参加数が上がるものと確信する。

また、薬剤師の業種的な問題として、業務が繁忙であるということがあげられる。アンケ

ート調査結果、質問をしづらい理由のひとつとして、「いつも忙しそう」という回答があった。これらを解決する糸口としての提案や、医薬分業の解説、在宅高齢者の服薬に関する問題、薬剤師の出来ること、お薬に関する注意点、そして連携の重要性と、薬剤師との連携方法、薬物療法の改善例などを盛り込み、具体的かつ実用的な内容とした連携の為のマニュアル冊子を作成、配布し、チーム医療を提供する多職種の人々において薬剤師の「職能」「出来ること」「仕事」「メリット」に関する共有認識周知普及をはかった。栃木地区に於いて、上記在宅医療協力薬局リスト（具体的な連携薬局の情報）と連携マニュアル冊子（薬剤師との連携の仕方）がセットとなり、ケアマネジャー提案型の薬剤師参加型のケアチーム推進の報告を受けている。評価指標は平成24年度の栃木県薬剤師会による在宅療養推進アクションプラン「薬局リスト」調査結果を採用することとする。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

チーム医療実証事業の数値的評価分野評価方法の確立について、当初、医療チームに於ける薬剤師の参加を、退院時共同指導、在宅患者訪問薬剤管理指導、緊急時共同指導等の実施回数等によって客観的な数値評価を行うよう想定していたが、そのデータの特性上、インフォーマルな数値データとなり、収集と客観的な分析評価が難しいという結論に達した。行政側へ問い合わせを行ったが、統計的な数値は無く、統計的に分析評価できる複数の医療機関から協力を得ることも難しい状況だった。

在宅介護関係者の約8割の方が薬に関して困った経験があるにも拘らずケアチームに薬剤師が入っていない事が多いという現状こそがまさに大きな問題であり、在宅ケアの現場に於いて現に発生している残薬の問題や、重複処方 服用の問題等、薬剤師が関わることによって改善すると思われる事例を金額に換算すると莫大な医療費の削減につながる。また、薬の副作用発現の早期確認等、適切な薬物療法推進に寄与することが出来る。在宅ケアに於ける薬剤師職能発揮機会が多い。

総括評価

これからますます深刻化する多死社会の到来に対し、在宅でケアをする事への偏見や不安の払拭が大きな課題となる。在宅でのケア（生活）を支えるチームケアの存在を広く一般の方へ周知し、その安全性の確保や在宅療養者にとって適切な薬物療法の確保に寄与していくべく、薬剤師の意識とケアチーム参加の障害となる問題（薬剤師の顔が見えない、何が出来るのか？ どうやってつながることが出来るのか？ 等々）を解決し、在宅療養者おひとりおひとりに寄り添い、在宅での生活を可能にしていく在宅ケアの重要性を、関係する多職種全般が認識を深めていく必要性を大きく感じた。

蔵の街コミュニティケア研究会が12年続けてきた事は、顔が見える関係の構築。構築というと難しく受け止められがちだが、お互いの存在を多くの多職種の仲間と共有する事である。コミュニティケア研究会では医療・介護・福祉・行政と様々な多職種の仲間がおり、困り事相談や疑問等を誰かが受けた時、受けた者は解らなくても、その分野の専門家を知っているというつながり（連携）がある。複数の専門職が協働で解決にあたる事もある。コミュニティケア研究会が一次窓口となった“まちかど介護相談所事業”への問い合わせ実績もあった。病院へ入院中の患者家族から、口腔ケアについての問い合わせだった。コミュニティケア研究会世話人であり、本プロジェクト役員でもある須賀歯科医院院長による、地域病院

内への訪問歯科診療が実施された。また、在宅での歯科診療（診断後の緊急施術）とその数時間後の訪問薬剤指導が行われた例や、医師への薬に関するフィードバックも行われた。小さな案件だが、小さな信頼関係、連携による成功例が少しずつ広がりを見せ、地域の多職種と市民のネットワークを確立していくものとする。本プロジェクトは、薬剤師が薬の専門家として関わることができる在宅ケアチームの構築を主目的とし、薬剤師と医療チームとの関係性に着眼点を置き、チーム医療関連多職種と“連携する”にはどのような方策をとるべきかを考え、チーム医療を提供する多職種の人々において薬剤師の「職能」「出来ること」「仕事」「メリット」を共有認識出来る方法を模索した。しかし栃木のコミュニケア研究会関係各職の人々間に於いては、“気軽に”質問や依頼のやり取りが行われている。同じ地域にいる多職種同士、気軽に顔をあわせ、会話することで、多職種連携を阻害する要因を払拭し、同じ在宅ケアを実践していこうとする仲間として人的連携（顔の見える関係）を構築醸成することこそが重要なのではないかと感じる。

今後は今回得た成果並びに課題、問題点を踏まえ、地域住民を含めた在宅ケアチーム関係者、薬剤師が広く認識を共有し、学際的、職祭的そして動的な在宅ケアの普及啓発活動を目指していく事とした。また、地域に住まう人と人のつながりを活かし、蔵の街コミュニケア研究会をコアとし、今後も定期的に検証検討会ならびに市民フォーラムやイベント等を開催し在宅医療、在宅ケアチームの醸成並びに市民への理解を地域全体へ広め、在宅業務に取り組む薬局の増加を促していく所存である。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

在宅医療におけるチーム医療の在り方を具体的に示しながら、評価もなされており、このようなチーム医療を実現しようとしている地域にとって、大いに参考になるのではないかとと思われる。

一方で、報告書「医療チームを形成する目的」に「看取りまで支援する…」という文言があるが、本事業の中でその目的にどのように取り組み、どのような結果が得られたかの具体的な記載がなされていない。11年の歴史を持つ蔵の町コミュニケア研究会のこれまで果たしてきた役割は評価しなければならないが、だからこそ今後に対するより具体的な提言がほしかった。

チューリップ・エルシーエス地域連携チーム (チューリップ薬局平針店)

チームを形成する目的

チューリップ薬局平針店は面分業の薬局であり、地域医療とりわけ在宅医療に力を入れてきている。70名近くの在宅患者を訪問し、その主治医は30名近くにのぼる。エルシーエスはライフケアサービスの名称で地域密着型小規模多機能施設、グループホーム、デイサービス等の介護保険事業を行っており、利用者主体のサービスを提供している。これまで薬剤師が在宅の患者を訪問すると高齢者、要介護者、それに関わる介護スタッフが薬の問題を抱えながら、相談する相手や場所もなく困っている場面によく出会ってきた。当該薬局はライフケアの4か所の施設で利用者25名の居宅療養管理指導を担当している。

1. 同じ事業所の利用者で居宅療養管理指導を利用している利用者と、利用していない利用者として薬剤の服薬、残薬の問題や、薬剤の生活への影響等について比較することで、居宅療養管理指導の位置づけを把握できる。
2. 薬剤師による居宅療養管理指導のサービスをこれまで受けなかった利用者にスポット的に関わることにより、残薬の変化、体調や薬剤に関する問題にどのような効果があるか調査し確認できる。
3. これから在宅が進む中で居宅療養管理指導に関して、どの職種とどのような情報を共有すれば効率的にサービスを提供できるか、それぞれの職種がどの情報を確認し、どう発信すれば患者、医療福祉の関係者の負担が少ないかを検証できる。

ライフケアは小規模多機能という一元化された24時間サービスを提供している事業所であり、個別の在宅患者では調査が難しい居宅での生活や体調を把握しやすい。薬剤師による居宅療養管理指導の効果と在宅現場での薬剤による問題の具体的解決に結び付けることができる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

薬剤師：医師の診断に基づく薬剤の適正使用、アドヒアランス向上、バイタル把握による副作用の防止と薬剤効果のアセスメント。生活を大切にした居宅療養管理指導、福祉職へ研修会企画と実施・情報提供表作成。

看護師：患者のバイタルチェック、服薬支援、生活支援。訪問または施設内で実施。医療側の意向を福祉スタッフに的確に伝え、福祉スタッフからの情報を医療側に伝える。

医師：訪問時の診断と薬剤師、看護師からのアセスメントを基に治療、指示、処方変更等、薬剤師の行うフィジカルアセスメントへの評価を行う。

ケアマネジャー：医療者の意向を生活に反映させ、利用者が望む暮らしができるプランを作成し、実施できるようにする。

介護福祉士：医療者、ケアマネジャーの意向を理解した上で、利用者（患者）の日常生活を自立支援する。利用者の小さなADLの変化や望むことなどの細かな情報も他職種に伝える。

チームによって得られる効果（評価方法）

1. これまで福祉系サービスのみ受けていた利用者に薬剤師が加わることにより、医療に関する不安を減らすことでQOLを向上することができる。方法：事前アンケートにより患者・家族・施設職員の問題を具体的に明らかにする。居宅療養管理指導に入っている場合とそうでない場合も比較する。居宅療養管理指導に入っていないところに薬剤師がお試し訪問し、残薬の調査、整理、薬の困りごと相談をする。その後、再びアンケート調査をして効果を確かめる。
2. 残薬や生活スタイルと服用時が合わない事例を医師に伝えて処方に反映させることで薬の無駄をなくし、経済効果がある。生活スタイルの細かいことは薬剤師の訪問時だけでは把握できないことが多い。また認知症がある場合は日常的な介護者の観察や意見が重要になる。方法：残薬調査をする。服用困難な薬剤について介護者から聞き取り、処方変更を医師に提案し、結果を見る。

薬剤師が訪問時にバイタルチェックに関わることにより、薬剤の効果や副作用を把握し、体調の安定と重篤な副作用を予防する。また、定期訪問時以外の利用者（患者）のバイタルを医師が把握でき、必要な対応を行うことができる。方法：血圧、脈拍、体温、SPO2、必要に応じて医師の了解のもと血糖値測定や聴診の異常の有無をチェックし、アセスメント結果を医師に報告する。穿刺、聴診は看護師と協働して行う。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

1. 薬剤師と福祉職との連携で患者のADLの変化の初期に対応することができた。福祉職が気付いたADLの変化の情報を薬剤師が共有することで医療的判断を加え医師に処方変更等の提案をして、改善に至った。30名の在宅患者に4か月間に66件の問題（イベント）が起き、程度を3段階評価したところ、介入前の合計103点、薬剤師の介入後は合計12点となった。処方変更は48件(72.7%)で、イベントは薬剤師の対応方法で7領域に分けてマン・ホイトニシ検定を行いすべてで有意差があった。
2. 福祉職の気付きを薬剤師につなげてもらえるように、薬剤師による薬の研修会を開催した。研修後アンケートを行い「副作用に関心が高まった(97.6%)」「副作用に「気づく」きっかけになる(97.6%)」「患者の生活を見ている人の気付きが大切であることが分かった(100%)」「担当者会議で薬剤師からの情報伝達を希望する(97.6%)」であった。
3. 医師との連携を深め、薬剤師の新しい居宅療養管理指導の取り組みとして訪問時のフィジカルアセスメントを行った。毎月の医師への報告書にアンケート項目を入れ返信してもらったところ、78.6%の医師がバイタルチェックに対して「役に立つ」と回答した。さらに後日薬剤師は訪問している患者の主治医19名に自由記載形式でアンケート調査を行い12名から回答を得た。バイタルチェックの中では「血圧」「脈拍」「体温」が特に役立ったという回答が多く、今後も継続的な報告をほとんどの医師が希望した。患者へのアンケートでも93.8%が今後もバイタル測定の継続を希望した。
4. 医師や福祉職と連携した薬剤師の居宅療養管理指導について医師へのアンケートでは「他科の服薬状況がわかる」「家庭での環境がわかる」「多角的な情報が受けられる」という肯定的な意見がほとんどだった。患者アンケートでも「薬の飲み間違いが減った100%」「安心感が増した100%」「継続してほしい100%」と肯定的であった。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

当初、患者が抱えている薬の問題点を把握してそれに個別に居宅療養管理指導として対応することにしてデイサービス利用者 79 名の実態調査を行った。その結果は「薬の服用を 1 か月に 1~2 回以下しか間違えない 85%」「薬に対する不安を感じるのは 1 か月に 1~2 回以下 99%」というものだった。高齢者は薬により健康や QOL を維持している人が多いのに、薬への無関心さが浮き彫りになった。

そこで、同一利用者で薬の影響について向精神薬の服用の有無で 2 グループに分け、ふらつき調査を行ったところ、服用ありの 62.5%にふらつきが見られたが、服用なしは 23.8%であり、本人の自覚の有無に関わらず薬の影響が出ていることが分かった。また、ふらつき傾眠について認知していながら、福祉職はその改善の対策として、筋トレ歩行訓練を実施していた。これらから言えることは保険薬局店頭での服薬指導では高齢者から服薬上の問題が出てくる可能性は低く、日常生活での問題が把握ができていない福祉職も薬剤師との連携がない場合はその問題を医療に結びつける考え方をしていないことだった。保険薬局薬剤師は店頭での服薬指導を熱心に行い、要請があれば居宅療養管理指導にも出かけたいたいと考えている人が多いが、待機しているだけでは表面化してこない問題に対応することはできないと考える。

解決策としては、担当者会議の場にかかりつけ薬剤師からの利用者の服薬情報と注意点を記入した「担当者会議服薬情報提供書」（別添報告書参照）を必須書類として位置付けることが有用であると考え。要介護度の低い介護保険利用者は医療系サービスを利用している割合が低く、外来処方箋日数も非常に長期になっていることを考えると、日常の生活の問題点や ADL の変化を医療に結びつける手段は希薄である。この提供書は双方向になっており、副作用についても ADL の変化に着目しやすい福祉職の視点から作成した。この報告書により、副作用や服薬に関する問題の早期発見ができるだけでなく、必要な場合は居宅療養管理指導に結びつけることができる。薬剤師の居宅療養管理指導はまだ十分活用されていない状況であるが、今回の事業の結果からも利用者の QOL 向上に有用であることがわかった。さらに居宅療養管理指導にフィジカルアセスメントを加えることにより、医師はその報告書で利用者の生活の様子や健康状況を定期的に把握することが可能で、長期処方における体調チェックにも役立つと考える。

薬剤による ADL、QOL の変化に福祉職が気づき、それを薬剤師につなげるためには、薬の研修会などの機会を増やすと共に、福祉職と保険薬局がつながるシステムを構築する必要性がある。

総括評価

この事業を行ってみて「顔の見えない薬剤師」というこれまでの社会評価が必ずしも薬剤師の怠慢ではなかったことに気付いた。薬剤師が努力していても、それが有効利用されていないということである。

それは早期がんに対応できる医療体制があっても検診が機能しなければそれを生かせないということと同じである。薬剤師の能力を利用する仕組みがあれば、副作用の早期発見、無駄に放置されている残薬、必要があるのに飲めていない薬剤などに日常的に対応でき、医療費の軽減につながると考える。

そのためにも日常生活の変化を把握できている福祉職との連携は重要で、この事業開始後はライフケアとの情報交換頻度が増え、内容も密になった。他の介護事業所とのやり取りでも日常の様子をきちんと聞き取るようになった。介護職からの情報の必要性に気付いたことが、医師に対しても薬剤師の視点の情報提供が有用であるとの気付きにつながり、医師の訪問日前に患者の薬学的アセスメントを行い情報提供することを心がけるようになった。

また、以前は処方内容から患者の体調を考えていたが血圧・SpO₂（血中酸素飽和度）測定に新たに聴診を加えたフィジカルアセスメントを行うことにより患者の健康状態から処方されている薬剤をアセスメントできるようになった。この視点の方向変化は大変重要であるとする。今後は薬剤師が介護保険や地域医療の中にシステムとして組み込まれるように努力したい。

以下、各スタッフ等からの感想をまとめた。

（チームの薬剤師）

- みなさんと同じテーマについて話し、研修会で学び、それをどのように生かしていくかをまた話し合い、日に日に、在宅医療の目的が見えてきたように感じました。初めの頃のアンケートの結果で“患者が服薬に全く問題を感じてない”ことがわかり、落ち込んだりした事もありましたが、この結果をどのように生かして薬剤師が在宅に関与できる事などをチームの皆様と話し合った事は、すごく良い経験となりました。今回の実証事業で、一番驚いたことは、医師・看護師・介護福祉士・ケアマネジャー・大学の先生方・患者・その家族など…連携を取ればとるほど、視点の違いに驚かされたことです。
- 印象に残ったのはやはり患者さんが困っているという意識を持っていなかったことです。これには”え～～?!” ”脱帽!” ”どうしよう”という感じでした。問題があるのに問題があがらない。薬局薬剤師が見ているものなど何なんだろうという思い。この事業を通して今まで以上にライフケアのスタッフを始め他の施設の介護職の方たちとのコミュニケーションを大切にしなければという思いを強くしました。
- 今回の事業で感じたことは何も問題を感じていない患者さんから問題を抽出することは難しく薬剤師が情報を取りに行ったり情報を発信する必要があるという提言であったと思います。

（チームの福祉職）

- 本当に、薬のマイナスの薬効とはしらず、もしくは病気と決めつけてその様態に慣れてしまっていたことを考えると、無知なことについての反省と学びの良い機会となり、結果、今年度ライフケアテーマ“説明できる介護の実践”において、重要な要素の一つとして組み込ませていただく事も出来ました。まだまだ、実践内容の情報発信の効果が水滴の波紋のように広がっていくように頑張らないといけませんよね。おとしよりと、その家族の願いに沿うよう私たち福祉職もがんばってまいりますので今後とも宜しくお願いいたします。

（チームの事務職）

- 事務職の私がチームの仲間に入れていただき一体何ができるのか不安でした。実際には、薬学実習中の学生さん二人と一緒にライフケア久方に通り利用者さんに薬の聞き取り調査をした事です。スタッフの方達は忙しいにもかかわらず快く応じてくれて、100名近くある利用者名簿を見てすらすらと利用している曜日や必要な事項を教えてくれたことに感心しました。それからライフケア久方での研修会に参加をしました。アンケートに協力して

いただいた方達に報告ができたのはよかったですと思いました。副作用も具体的な例をあげてわかりやすい報告でした。4月からの法改正のセミナーで、診療報酬改定の重点課題のなかに「医療と介護の役割分担の明瞭化と地域における連帯体制の強化の推進及び地域社会を支える在宅医療の充実に向けた取組」という項目がありまさしくこの6ヶ月の間に取り組んできた事業だと感じました。

(地元の開業医)

- 素晴らしい仕事だと思った。自分たちは往診に行っても5分くらいしか話を聞いてもらえない。薬剤師がこのような関わりをしてくれたら大変ありがたい。もっと広めてください。

(チーム以外の薬剤師)

- 在宅に薬剤師が褥瘡から関わっていくのは、実に理にかなっており、他の医療職からも必要とされる方法だと改めて思いました。
- 非常に丹念でフォーカスを合わせた方法で実践を積み重ねられていて、大変な労作です。
- 薬剤師が介護職と共同してケアを行う事は重要であり、患者様に重要なことを改めて感じました。薬剤師はもっと福祉、在宅の勉強をすべきです。チューリップ薬局平針店とエルシーエスだからできたのね、とならないようにしなければならない。尾道も尾道だからできたで終わってしまっている。普及させることが大切です。薬剤師はもっと福祉在宅の勉強をすべきです。バイタルサインも重要ですが患者様の生活の視点を勉強すべきです。
- 現在みなさまと少し違う現場にいる私から見ると、うらやましいな というのが感想です。相互に理解して連携できれば本当によい仕事ができると思います。連携の経験のない薬局にもこういう連携を広げていくにはやはり担当者会議などによんでもらうシステムづくりが必要なのかなとおもいます。薬剤師と仕事をしたことのないという在宅の医療・介護スタッフに出会うことの方が多いい現状ですが、それでも最近はこちらから発信すればある程度ウエルカムで受け入れられるようにも感じます。

(事業に協力した薬学部実習生)

- アンケートの結果は、実習中にお手伝いしたときよりもさらにまとまっていてうれしかったです。良かったことだけでなく、今後の課題についても言及されており、これから薬剤師の仲間入りをする学生にも是非読んでほしいと思いました。(研究室に置いて、みんなに読んでもらおうと思います!)とくに、実際に訪問したBさん、Cさんについては、その後を知ることができました。Bさんからは連携の難しさを学び、そしてCさんの褥瘡は、なかなか良くなっていなかったものが介入することによってきれいになったことを知ることができてうれしかったです。入院により悪化してしまったとのことで、病院・薬局の薬剤師のレベルアップや連携が必要だということを改めて実感しました。実習中は、(実は)面倒だ、嫌だと思いうこともありましたが、製本されたものをみて振り返ると、とても重要な事業に関わったことをうれしく思いました。

(医療関係者)

- 現場の様子が大変よくわかる、現実にも即したご報告、興味深く拝見させていただいております。チューリップ薬局さんの元々の在宅活動のレベルの高さが背景にあってのことですが、薬剤師がしっかりお仕事をすれば、介護関係の多職種の中で、リードをとれる存在であることが示されたように思います。問題は、このような取り組みをどうすれば保険薬局全体に広められるか、ですね。
- これからにおいて、本当に在宅介護に必要な形である感じます。

(行政関係者)

- 1冊を県の地域医療などの総元締めである「医療福祉計画課」へ提供させていただいたところ、大変喜ばれました。薬局を中心に綿密な連携が行われていることが理解され、図や写真についても分かりやすく好評をいただいております。
- 薬剤師が在宅医療に参画することによって、どういうメリットがあるのか在宅患者の目線で具体的に述べられていると思います。また、最初に行ったデイサービスでの薬剤服用者へのアンケート結果「ほとんどの人は薬剤に関して 何ら問題を感じていない」というのは、まさに現実を示しているのだと改めて感じたところです。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

高齢化が急速に進展するわが国において、在宅療法をチーム医療としてどのように発展させていくかは喫緊の課題である。本報告はそれへの対応方法を示しており、他の地域においても大いに参考になるのではないかとと思われる。

介護保険制度下で行なわれる在宅ケアに薬剤師がチームの一員として参加するのは、訪問服薬指導（医療保険）の形をとるか、居宅療養管理指導（介護保険）の形をとるしかない。本事業で明らかになったのは医療依存度が比較的低い患者を対象とした在宅医療にも、薬剤師がチームの一員として参加することに意義があるという点であろう。

チームアプローチの問題として考えた場合、特に評価すべきは薬剤師による、福祉職を対象とした薬の研修会だと思う。将来的な一つの重要な方向を示していると考えられる。