

目次

1. 退院支援（地域側）	
1-① あおぞら診療所.....	1
1-② 白十字訪問看護ステーション.....	10
1-③ あおぞら診療所..... (1-①参照)	
2. 日常の療養生活の支援	
2-① 綾川町国民健康保険陶病院.....	22
2-② 千葉県.....	31
2-③ 新田クリニック.....	41
2-④ 鶴岡地区医師会.....	44
2-⑤ 宇部協立病院.....	54
2-⑥ 東京大学高齢社会総合研究機構.....	67
2-⑦ 肝属都医師会立病院.....	70
2-⑧ 東京都.....	76
2-⑨ 長野県須坂市.....	80
2-⑩ 熊本県熊本市.....	87
3. 急変時の対応	
3-① 京都府（京都地域包括ケア推進機構）.....	99
3-② 八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会.....	101
3-③ いばらき診療所みと.....	106
3-④ 湘南真田クリニック.....	113
3-⑤ 千葉県柏市.....	115
4. 看取り	
4-① あおぞら診療所..... (1-①参照)	
4-② 小笠原内科.....	122
4-③ 米子医療センター.....	133
4-④ 鶴岡地区医師会..... (2-④参照)	

【1-①,1-③,4-①：あおぞら診療所】

1. 退院支援（地域側）
 - ・ 退院調整担当者との定例会議の開催。在宅療養に移行した患者やの近況についてのフィードバックを実施している事例
 - ・ 入院中も在宅復帰を指向した支援を行うため、病棟の医師、看護職員等が在宅医療や介護等について学ぶための研修を実施している事例

4. 看取り
 - ・ 診療所や訪問看護事業所、薬局が24時間体制を構築できるように、診療所のグループ化や診療所と訪問看護事業所が連携している事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名:医療法人財団千葉健康会あおぞら診療所

2 拠点事業の立ち上げについて

ケアマネジャー、看護師、ソーシャルワーカーといった地域の医療と介護に精通した人員を配置することに加え、在宅を専門フィールドとする歯科衛生士が加わり、在宅医療において重要性が十分に認知されていない口腔ケア介入にも取り組める体制を整えた。また、社会科学を専門とする研究員を配置し、医療職や介護職と協働しながら、データ収集から分析までを同じフィールドで行い、より現実に即した取組み方針を提案できるようにした。

拠点事業を進めるにあたり、松戸市並びに松戸市医師会や松戸市歯科医師会に包括的な協力を求めた。自治体との関係という点では、拠点事業を進めるにあたって多職種合同カンファレンスを開催する際には松戸市から後援という形で協力をいただき、その他の企画について、自治体や医師会との協働において集約的な事例として、平成24年12月に行った「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会(通称柏プロジェクト)」がある。この研修会は、松戸市医師会が主催し、松戸市が共催、当拠点も協力する形で開催された。

歯科医師会との連携の例としては、平成23年度に当院が訪問診療を行っている患者全員に対して口腔状態のスクリーニングを行い、歯科治療が必要な患者を数多くの歯科医師の訪問診療へつないだことが挙げられる。訪問歯科診療をしてくれる歯科医師を歯科医師会へ問い合わせ、当院が直接紹介している。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
(平成25年3月時点)

(1)-1. 病院
市内 二次救急までの受け入れ病院 6
三次 1

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について
松戸市は、千葉県北西部に位置する。東京都のベッドタウンとして発展し、千葉県では千葉市、船橋市に次いで居住人口3位である。人口は480,579人(平成25年1月1日時点)、前年度比99.3%と減少傾向にあるが、高齢化率並びに要介護認定者数は増加傾向にある。特に、今後の高齢化スピードは全国2位との試算もあり、それに対応できる医療・介護制度の整備が急がれる。

1.1 松戸市の人口動態(平成25年1月1日現在)
高齢者 103,888人(前年度比103.9%)
高齢化率 21.3%
要介護認定者 15,853人(前年度比106.7%)

1.2 課題
当院では平成23年度より在宅医療連携拠点事業を受託し、在宅医療における課題抽出した結果明らかになったものは以下のとおりである。

・専門職間の連携
・方針決定や相互理解
・顔の見える関係
・在宅医療を支える医療体制
・在宅医療を支える医療資源
・在宅医療の非効率性
・在宅医療に関わる諸制度
・市民への啓蒙不足
また、松戸地域の介護資源の状況をみると、近年の人口動態と並行して、在宅医療支援診療所や訪問看護事業所、特別養護老人ホーム等の在宅関連資源は近年増加傾向にある。しかし、各事業所の枠を超えて地域の医療職と介護職が協働で在宅医療患者の生活を支える関係の構築は十分ではなく、課題である。平成24年度は前年度の活動を基盤とし、医療と介護の連携のさらなる強化にも注力しながら、活動を進めてきた。

後方支援病院 1

療養型病床群併設施設 1

大学病院 1

市外近隣の関連病院

緩和ケア病棟を有する病院 1

大学病院 1

がん専門病院 1

(1)-2. 診療所

医師会正会員数 413

訪問診療を行う診療所 37

在宅療養支援診療所 19

(1)-3. 訪問看護事業所

(うち、24時間対応体制の事業所は19) 22

(1)-4. 保険調剤薬局 157

(うち、訪問薬剤管理指導として届け出がある薬局は81)

(1)-5. 地域の福祉資源

1 地域包括支援センター 3

2 在宅介護支援センター 11

3 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)* 18

4 地域密着型介護老人福祉施設* 2

5 介護老人保健施設* 10

6 介護療養型医療施設 1

7 ショートステイサービス対応施設(上記※印の併設分を含む) 29

8 介護付有料老人ホーム 18

9 住宅型有料老人ホーム 18

10 ケアハウス 5

11 認知症対応型共同生活介護 29

12 小規模多機能型居宅介護 6

(1)-6. ショートステイにおける医療ニーズの高い要介護者の受け入れ実施

■調査対象

松戸市内のショートステイ(30ヶ所の内、アンケート調査へ回答のあった27ヶ所)

病院	2ヶ所
老人保健施設	8ヶ所
特別養護老人ホーム	10ヶ所
有料老人ホーム	2ヶ所
ショートステイ専用施設	3ヶ所
自費の有料老人ホーム	2ヶ所
計	27ヶ所

■調査結果

27施設のうち老健3ヶ所と有料老人ホーム1ヶ所を除く24ヶ所が、調査項目に挙げた何らかの「医療行為の受け入れ経験あり」と回答した。

受け入れ経験が多い医療処置(7項目)

・単純な創処置

・血糖測定

・インスリン注射

・胃薬

・酸素吸入

・尿道カテーテル管理

*「吸引」に関しては、備考欄に5施設が「日勤帯のみ必要な程度」など受け入れ条件を記載していた。

受け入れ経験が少ない医療処置(6項目)

・点滴全量(「未消」、「皮下」、「中心静脈」)

・経鼻栄養

・医療用麻薬

・複雑な創処置

・MRSA

・神経障害性末期

*「中心静脈栄養」は受け入れ経験ありの回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

■課題

普段担当している以外のスタッフが利用者に医療行為を行う必要がある場合や、利用者の状態が変化した場合の対応に困難が生じる。

また、「終末期」にある利用者や「精神疾患」を併用利用者の受け入れ経験が多い特養施設であっても、併設のショートステイでそうした利用者を受け入れられている施設は多くない。

(1)-7. 特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い要介護者の受け入れ実施

■調査対象

松戸市内の特別養護老人ホーム(16ヶ所の内、アンケート調査への回答があった13ヶ所)

調査結果

全 13 施設のうち 1 か所を除く 12 か所で、調査項目に挙げた何らかの「医療行為の受け入れ経験あり」と回答した。

- 受け入れ経験が多い医療処置 (10 項目)
- 胃瘻
 - 尿道カテーテル管理
 - 血糖測定
 - 吸引
 - 精神疾患
 - 経鼻栄養
 - 複雑な創処置
 - 神経障害
 - 中心静脈栄養
 - 「中心静脈栄養」は「受け入れ経験あり」の回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

※「吸引」に関しては、3 施設が「日勤帯のみ必要な場合のみ受け入れる」と回答。

- 受け入れ経験が少ない医療処置 (6 項目)
- 経鼻栄養
 - 複雑な創処置
 - 神経障害
 - 中心静脈栄養
 - 「中心静脈栄養」は「受け入れ経験あり」の回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

※「中心静脈栄養」は「受け入れ経験あり」の回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

課題

看護師 1 人当たりの受け持ち人数が多いことや夜勤帯に看護師が不在であることから、介護職員がある程度利用者への医療行為や対応をする現状が伺える。

(2) 会議の開催

地域が多職種が一堂に会する会合として、平成 23 年度 (計 4 回実施) に引き続き、以下の日程で多職種合同カンファレンスを計 4 回実施した。

第 5 回 (5 月 23 日)

「がん終末期患者に対する在宅緩和ケア」の事例検討

第 6 回 (7 月 31 日)

地域包括ケアの時代における訪問看護の役割をテーマに据えた講演会 (訪問看護師 秋山 正子氏) とグループディスカッション

第 7 回 (12 月 20 日)

松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会看護職員研修

第 8 回 (2 月 14 日)

IPW (Inter-professional Working 多職種協働) をテーマに据え、多職種 PR

マに据え、多職種 PR

(2)-1. カンファレンスの参加者

職種	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回	第 7 回	第 8 回
医師 (内科・外科・小児科・看護科・ST)	14	12	5	5	5	5	5	11
看護師	31	43	8	8	8	8	8	18
PT・OT	6	9	9	9	9	9	9	15
ソーシャルワーカー	11	5	5	5	5	5	5	11
ケアマネジャー	15	18	18	18	18	18	18	17
在宅介護支援センター職員	5	0	0	0	0	0	0	4
民生委員	0	0	0	0	0	0	0	1
居住系支援員	6	1	1	1	1	1	1	12
合計	112	111	117	117	117	117	117	105
参加者数/キャンセル	22	17	1	0	0	0	0	2
オブザーバー	4	1	1	0	0	0	0	2
総参加者	138	129	119	117	117	117	117	130

(2)-2. カンファレンスの特徴

当院のカンファレンスの主な特徴として、以下のよう

な点が挙げられる。

- 1) 平成 23 年度に計 4 回実施した多職種合同カンファレンスで明らかにした課題を下敷きとし、より強化すべき点を明確にした上で、各回のテーマを設定した点。

- 2) 各回のテーマを明確に設定し、課題抽出から解決策への方向性を示すことにより、カンファレンスの目的・意義を意識化した点。

- 3) 民生委員や居住系施設の職員の参加を促すことで、医療職のみならず介護職も含め、前年度以上に多職種が参加した点。

- 4) カンファレンス当日は、会場を早めに関し、スクリーンに指示を出すなど、カンファレンス開始前から、よりくつろいだ雰囲気の中で参加者どうしが意見交換・交流をもつ時間を設けた点 (名刺交換タイム)。

- 5) 第 7 回をのぞく全ての会場で参加者を 6～7 職種からなるスモールグループ (7～8 名) に配置したことにより、多職種との意見交換・討論を可能にした点。

- 6) 全体討論で各職種から発言を促すことにより、他機関や他施設の特性、他職種の専門性、多職種連携の意義について理解を図った点。

- 7) 松戸市の後援を得ることで、より公益性の高いものとした点。

(2)-3. カンファレンスの評価と開催成果

カンファレンス終了時に、毎回出席者にカンファレンスについてのアンケート調査を実施した。その結果、カンファレンス出席者の満足度は概ね高かった。また、回数を重ねることで、他職種との関係も構築され、日

常業務にも効果がもたらされることが明らかになった。

(3) 研修の実施

(3)-1. 歯科衛生士を対象とした研修

■目的

平成 23 年度から在宅療養患者に対する口腔ケア実践を進める中で、在宅療養患者のセルフケア不足による口腔衛生状態不良、摂食嚥下障害、終末期における口腔内の苦痛など、口腔ケアのニーズが高いことがわかった。

しかし口腔ケアを行う歯科衛生士はほとんどの者が歯科医院勤務の経験のみで在宅訪問の経験を持たない。歯科衛生士が在宅療養患者に適切な口腔ケアを実践する上では、主疾患や様々な合併症、家族の意向など多様な背景を理解し対応することが求められ、歯科医院勤務経験のみでは十分に対応が取れないことが考えられた。そこで在宅療養患者への口腔ケアに関心をもつ歯科衛生士 9 名を対象に、施設 (1 ヶ所) の利用者および後方支援病院 (1 ヶ所) の患者への口腔ケア実践を行い、在宅療養患者のケアを行うための体験を積み重ねた。

■方法並びに内容

平成 24 年 7 月～9 月の間、グループホーム入居者に対して 1 週間に 2 回、その後、10～11 月の間、後方支援病院の病棟患者に対して、1 週間に 1 回の口腔ケアを行った。

グループホームでは 3 カ月で合計 20 回、各日歯科衛生士 2～3 名で対応をした。毎回、入居者 18 名中 4～5 名を対象に、各 1 人 15～20 分程度の口腔ケアを行った。

病院病棟では 3 カ月で合計 11 回、各日歯科衛生士が 4 名で対応をした。口腔ケアを行った患者は病棟より依頼のあった 19 名 (寝たきり状態、車椅子の方など) であり、1 人 20 分程度の口腔ケアを行った。口腔ケアの内容は口腔清掃を基本に口腔内・口腔周囲のマッサージを行い、施設で可能な者について口腔周囲の運動も行った。歯科衛生士は 2 名がペアとなりお互いの手順 (準備、ケアの導入など)、ケア方法 (使用物品、清掃方法など) を確認しながら口腔ケアを行った。ケアを行った患者について毎回のケア終了後、口腔内状態を報告書に記入し、日常ケアのポイントをグ

ループホームでは介護スタッフ、病棟では看護師に伝えた。

■結果

これまで施設入居者や病院の入院患者に対して口腔ケアを実践したことのない歯科衛生士にとって、これらの口腔ケアは家族や多職種に対する指導、様々な疾患や合併症を有する在宅療養患者に対して適切な口腔ケアを提供するために必要となる技術や対応を学ぶことを可能とし、実際に在宅療養患者者に対して訪問口腔ケアを実践する前段階として重要な経験となった。

(3)-2. ケアマネジャーを対象とした研修

■目的

地域において主任介護支援専門員からなる指導者チームを組織し、事業所を超えた形での研修を実施する。OJT (on-the-job training) に近い形態での研修プログラムを行った。

■特徴

現在の介護支援専門員実務研修・現任研修では抜け落ちてしまっている①実習形式 (Interning) ②事業所を超えた (Inter-organizational) ③個別化された (Individualized) ④相互研鑽 (Inter-educational) に重点をおいたプログラム構成で、受講テーマを①がん終末期 ②神経障害 ③医学管理・医療処置 ④認知症・BPSD の中から選択する「在宅医療特化型」プログラムを開発・実施した。

■内容

プログラム指導者は、本事業実施に伴い新たに組織化した「在宅医療連携ケアマネジャー連絡会」の会員で組織した世話人 11 名の中で、主任ケアマネジャー取得者 4 名 (基礎資格はすべて看護師) が担当した。受講者は、在宅医療連携ケアマネジャー連絡会会員で、介護支援専門員としての経験年数が半年～6 年の方を対象に受講者を募集したところ、計 4 名が受講した (基礎資格は介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー 2 級)。

実地指導者と受講者が 1 対 1 のペアとなり互いの事業所等に足を運ぶ形で研修を行った。そして、「受講者のサービス担当者会議とモニタリングに指導者が同行訪問 (各 1 回)」「指導者のサービス担当者会議とモニタリングに指導者が同行訪問 (各 1 回)」

ニタリグに受講者が同行訪問(各1回)を必須プログラムとした。医療と介護の連携に関する知識を強化するための経験として、「訪問診療同行」「訪問看護同行」「居宅介護支援事業所ケースカンファレンス傍聴」「他のケアマネジャーと当院が行うサービス担当者会議の傍聴」を選択できるプログラムとした。

■指導者および受講者からの反響

最終日に全指導者と全受講者が参加する成果報告会を行った。受講者からは、「アセスメントやモニタリング」「医療に関する知識や医療職との連携」「面接等のケアマネジメント技術」に関して、学ぶことができたの感想が得られた。指導者からも「実地研修形式の実習ということもあり、自分たちも指導しながら新たな学びにつながった」との意見を多く挙げられた。

(3)-3. 病院看護士の研修受け入れ

病院スタッフが在宅医療に対して具体的なイメージをもつことで、患者を病院から在宅へ円滑に移行できるようにするために、地域の病院スタッフの要望に応える形で、当院では、2011年から病院看護士の研修をより拡大して受け入れられた。

在宅部門を併設していない地域の中核病院と専門病院の看護士を中心に研修を受け入れてきた。平成24年度の受け入れ実績は下記のとおりである。

- ・国立がん研究センター東病院 中堅看護士12名
- ・松戸市立病院 中堅看護士を中心に14名

■内容

全受講者が2日間の日程で、訪問診療同行、訪問看護同行をベーズに、「訪問看護概論」や「在宅における医療処置の工夫」等に関するミニレクチャー、がん患者さんの新患導入面接の同席等を組み合わせた内容を受講した。

■受講者からの感想

「療養生活の実態を知ることができた」、「必要な退院支援が分かった」、「退院調整に対する意識が変化した」、「病院と在宅医療と福祉の連携が重要であると感じた」等の感想が挙げられた。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

(4)-1. 診療連携

当地域でも、訪問診療を行っている多くの診療所が常勤医師1人体制をとっている。そのため、各々で

24時間体制を整えるには、心理的にも肉体的にも負担が小さくない。よって、当院のようにグループ診療体制をとる一部の診療所以外では、24時間体制をとるのは困難であり、24時間の対応が地域全体に広がらないという課題がある。

医師の負担を軽減しながら24時間体制を構築するため、当院では2007年より3人の近隣の開業医との連携を開始し、現在それを拡大し当院を含む5診療所と機能強化型体制をとり、月1回の診療連携カンファレンスをもっている。

事前の共有は、患者の氏名、住所、電話番号のみで、カルテ共有や事前のサマリー作成などの心理的抵抗や負担をできるだけ回避している。主治医が患者から連絡を受け臨時往診が必要と判断した場合に、連携医師に連絡して病歴や留意すべき点を直接伝える。主治医が方針決定を行い、連携医師は主治医の指示を仰ぎながら患者に対応する形をとっている。

(4)-2. 病診連携

病院側は患者が在宅医療に移行した後、どのような療養生活を送っているのか等の情報を知らず、それができないうまま退院支援を行っている。そこで、定期的に病診連携カンファレンスを開催し、病院から在宅への移行がスムーズにすすめられるよう、情報共有をしている。

また、平成24年1月から、在宅での療養生活を支えている多職種(医師・訪問看護師・ケアマネジャー等)に情報収集を行い、本人・家族に聞いた療養生活上のエピソードを交えた「在宅療養移行報告書」の作成を開始した。平成24年度は、計17名分の移行報告書をまとめ、在宅療養開始後の患者の生活状況を病院に伝えた。

対象患者としては、病院から訪問診療の依頼を受けた患者の中でも、病院の退院支援に関わったスタッフが病状以外の面に不安要素を抱いていた患者(独居、家族の介護力等)を選び作成している。作成した報告書は、入院していた病院の病棟・地域連携室宛てに郵送しフリードバック評価を頂くために返信用の葉書を同封した。

(4)-3. ステーション連携

当院では平成13年より、患者さんの在宅療養生活により充実したものにするため、5名以上の患者さんの支援を依頼している地域の訪問看護ステーションと、定期的にステーションとの合同カンファレンスを開催している。

平成24年度は訪問看護ステーション8ヶ所と訪問リハビリ事業所1ヶ所の計9ヶ所と通算34回実施した。カンファレンスでは、訪問看護ステーションからは訪問回数や支援内容だけでなく、支援中の家族の様子や介護保険サービスに関すること等患者さんの療養生活に関する幅広い内容の報告が行われ、主治医からは最近の病状や直近の検査結果を伝え、診療所の医師とステーションの看護師との間で、病状だけでなく本人を取り巻く環境等に関しても共通認識を持てるようなカンファレンスを行った。

(4)-4. 薬局連携

平成23年度に立ち上げた在宅医療連携薬局連絡会世話人会を、引き続き平成24年度も2~3ヵ月に1回の割合で計4回開催した。活動を進める上で、世話人会が松戸市薬剤師会会長を含むメンバーで構成されたことは大きな意味を持った。この活動をより公益性の高いものとして位置づけていこうという方向性について世話人の間で合意がなされ、その方針が具現化する形で、世話人会の活動開始から1年後の平成24年5月には、地区薬剤師会に「在宅医療連携委員会」という委員会が新設されるに至った。

その後、世話人会の継続的開催、拠点事業における薬局連絡会と地区薬剤師会との合同総会の開催を通して、拠点事業における薬局連絡会の活動が、地区薬剤師会・在宅医療連携委員会を補完するからで、地区薬剤師会が主体となって活動する体制ができた。

平成24年11月に、麻薬も含めた365日の安心を提供する輪番制をスタートさせるに至った。

具体的には、既存の休日当番薬局の規定開局時間は9時から17時となっているが、連絡会会員薬局(2013年3月時点で34薬局)が新たに休日の輪番体制を組むことで、10時から20時まで対応できるよう体制を構築した(図1)。既存休日当番薬局(図1、上

段①)に加え、連絡会会員薬局による新たな休日当番体制(図1、下段②)を組むことで、麻薬も含めて9時から20時まで対応できる体制を構築した。例えば、①の休日当番薬局が連絡会会員以外の場合は、10時から17時まででは、①、②両方の輪番薬局が対応可能となり、17時以降は②が輪番で対応する。また、連絡会会員薬局が休日当番の場合は、9時~17時までには店舗を開け、17時~20時までは自宅待機可とする。ことで、薬局の負担を多少なりとも軽減する。

図1 休日当番体制を補強する新たな輪番制



こうした取り組みは多方面から注目を集めており、将来的には「麻薬も含めた365日24時間対応」を実現できるよう、準備を進めている。

(6) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

(6)-1. デイサービス情報の収集・集約、冊子の発行
ケアマネジャーは、同一地域内に多数の介護サービスがある中で、利用者の希望をふまへ、かつ公平・平等な視点からケアプランを作成するために詳細な情報を必要としている。デイサービスに挙げると、おやつ代等自己負担額や宿泊サービスの有無、対応可能な医療といった「ロコモ情報」の収集はケアプラン立案にあたり有益な情報にも関わらず、これまでのところ個人個人の努力に依拠していた。

ケアマネジャー連絡会の担当世話人が中心となり、松戸市内にある103の通所介護事業所(2012年6月時点)に対してメールとFAXでアンケート調査を行い、そのうち94箇所(91.3%)から回答を得、ケアプラン作成最強支援ツール『(2012)という名称の冊子を平成25年1月に発行した。これを、市内の居宅介護支援事業所105箇所と通所介護事業所103箇所に配布した。

(6)-2. ケアマネジャーを対象とした相談業務

ケアマネジャーを対象とした事前アンケートでも明らかに「医療上の注意点が分からない」「医療ニーズの高い利用者の受け入れ先が見つからない」など、ケアマネジャーの医療に関して困難を感じている

内容に応えることを目的とし、相談窓口を連携拠点に開設した(平成23年6月)。

FAX、メール、電話のいずれかで相談を受け、電話で返答した。ソーシャルワーカー1名が担当し、必要に応じて医師が追加で返答する体制を構築した。

これまでに寄せられた相談内容は、「個別ケースの病態や病状について」、「医療資源の紹介」、「医療資源の紹介と転院について」が主な相談内容であった。相談を受ける際には、病状など詳細を伺い、医療資源の適応を考慮しての紹介や適応の判断を行った。

(5)-3. ケアマネジャーの活動を正當に評価するため
のデータベース作成

ケアマネジャーの活動性を正當に評価するため、『東京都介護支援専門員研究協議会』が行った調査研究の報告書を参考にし、平成23年第1回連絡会総会(10月)でアンケート調査を実施した。その結果、約半数のケアマネジャーがこれまでに病院受診同行や救急車同乗をした経験があることが分かった。また、昨年は、約6割のケアマネジャーが暫定プランの作成、調整のために病院や施設等へ何度も足を運んだにも関わらず、サービスの繋がらなかったケースがあることも明らかになった。

これまでに担当した困難ケースについても自由記載形式で調査を実施したところ、独居、老々介護、精神疾患、家族関係等の問題等が多く挙げられ、ケアマネジャーは日々不安と葛藤しながら対応している実態が浮き彫りになった。

そこで、困難な事例に対応した際の成功例を集約し、その中から4事例を、2012年9月18日(火)に松戸市の第5回 地域包括支援センター・在宅介護支援センター合同連絡会で報告した。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

松戸市医師会の協力のもと、「開業医とケアマネジャーの連携を推進するための対策」の1つとして、ケアマネジャーが医師に連絡相談しやすい環境づくりを目的としたケアマネタイムを作成した。

ケアマネタイムでは、医療機関ごとに在宅医療への取組み(主治医意見書の記載や訪問診療の対応等)

や相談窓口、医師との相談方法の希望(FAX、電話、直接面談等)、医師が面談等対応可能な時間帯についての情報が網羅されている。

このケアマネタイムを、市内の全居宅介護支援事業所に配布し、平成25年3月にその使用後アンケートを実施し、更新準備を進めている。地区医師会ホームページ上に公開することで、ケアマネ事業所以外の専門職種や事業所も閲覧可能となる見込みである。

また、ケアマネジャーの業務を支援することを目的として『ケアプラン作成最強支援ツール<デスク>』として『ケアプラン作成最強支援ツール<デスク>』と題した冊子を作った。この冊子は各事業所のサービスと閲覧できるため、ケアマネジャーと利用者が一緒に各事業所が提供するサービスの詳細を比較しながら事業所を選ぶことが可能にした。その点において、利用者にとっても有益な情報ツールである。デイサービス事業所にとっては、他の事業所のサービス内容について相互比較ができることから、大局的視点に立つと、全体的にサービスの質の向上が図られることも期待できる。

ケアマネジャーや利用者が必要とする情報という観点に立つて作ったこの冊子は、結果的に、現行の情報公開制度における、情報公開の内容やあり方に対して、一定の知見を示すものになった。

(7) 地域住民への普及・啓発

(7)-1. 患者・家族・遺族の方々を対象とした活動
地域のボランティアの協力を得ながら、患者・家族・遺族の方々を対象に、あおぞらの会、かき氷大会、バーベキュー、クリスマスカードの発送を以下の日程で行った。各行事の準備から開催まで、地域のボランティア、患者、家族、遺族の方々や当院スタッフが定期的に連絡をとり、また複数の行事が同時期にかざらないように日程を組むことで、参加・協力を頂く方々の負担をできるだけおさへながら、当院の取組みを地域へ還元してきた。

4 特に独創的だと思ふ取組み

4-1. 連携拠点事業に関するホームページ開設・オープンソース化

地元地域への拠点事業活動の報告と還元に加え、在宅医療連携に取り組むすべての従事者が有効に

活用できることを意図し、当院の拠点活動の詳細を紹介するホームページ(HP)を開設した。平成23年度受託事業者としての1年間の活動実績を整理し、2012年8月下旬にHPを開設した。

活動の実態や流れを“見える化”するために、各種企画で実際に使用したプログラムや配布資料、アンケート用紙、その集計結果報告などを掲載した。

その結果、数多くのファイルが閲覧、ダウンロードされ、その関心は薬剤師活動、連携拠点事業の概要、歯科連携活動、介護職向け教育企画、地域資源関連、診診連携の活動など多様な領域に広がっていた。

拠点が展開すべき活動は当然地域ごとに異なるものの、数多くの拠点の活動内容を具体的に把握することによって、課題抽出の方法やその解決策の検討など普遍的な手法や活動指針を見出すことが可能になると考えられる。

4-2. 歯科連携

当院では、平成23年度の在宅連携拠点事業で行った医科と歯科の連携の活動について、平成24年度に関しても継続的に在宅療養患者の口腔内状態把握と歯科診療・口腔ケアの必要性を検討した。

診療所と関わる在宅療養患者220名について、平成23年度より、診療所に勤務する歯科衛生士1名が医師との往診同行を継続して口腔内状態を把握した。

平成23年度は在宅161名、施設68名、平成24年度は在宅82名、施設15名について新規にアセスメントを行った。歯科衛生士が口腔内、摂食、嚥下、栄養に問題があると判断した患者については、医師、看護師と共に、歯科診療・継続した口腔ケアの必要性を検討した。

主治医が歯科診療・口腔ケアが必要であると認め、患者に伝えて、患者・家族の了解が得られた場合、地域の歯科医師に歯科診療・継続した口腔ケアを依頼した。ただし患者が終末期にあり、全身状態の低下により口腔内セルフケアが困難、経口摂取が困難となった場合等、早急な対応、連日の口腔ケアの必要がある場合は診療所に勤務する歯科衛生士が対応した。歯科診療連携に関しては前年度、当院から歯科診療を依頼した地域の歯科医師6名に継続した対応を求めた。また、松戸市の歯科医師会が作成した訪問

可能な歯科医師リストを基に、今年度に関しては前年度には連携をとっていなかった歯科医師4名に対して新たに訪問歯科診療の依頼を行った。平成24年度に新たに歯科医師へ依頼した患者は30名であった。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み
既存の休日当番薬局の体制に加えて、在宅医療連携薬局連絡会会員薬局が新たに休日当番体制を組む、麻薬も含めて輪番で、365日9時から20時まで対応できる体制を構築したことが、最も効果があった取り組みの一つである。

平成24年に作成したケアマネタイムを更新し、松戸市医師会のホームページ上で公開予定である。この公開により、紙の資料を配布したケアマネジャーのみならず、地域のあらゆる専門職種が活用できるようになることから、医師にこれまで以上に連絡相談しやすい状況になることが期待される。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

国立がん研究センター・東病棟の倫理委員会の審議を経た上で、カナミックの電子カルデシシステムの導入を進めており、2013年4月から運用が開始される。倫理審査のスケジュール調整は一拠点としてはできないため、この点で苦労が生じた。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

地域での診療実践を通じて、他事業所や他職種との関係を構築していくことが、拠点としての活動基盤になるものと考ええる。そうした信頼関係のもとに連携拠点としての活動に取り組んでいくことによって、在宅医療を推進し、引いては地域作りにつながる大きな動きになるだろう。

8 最後に

本事業が単年度のものではなく、恒久財源化されることを望む。そうすることで、長期的視点から計画を立て、各所に協力を仰ぎやすくなる。また、実際の運営においても、人員の確保がしやすくなるため、在宅医療普及のための拠点活動をより安定的に継続できるようなるだろう。

【1-②：白十字訪問看護ステーション】

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：附ケアーズ 白十字訪問看護ステーション

解決策として、①何度も勉強会を重ねて相互に理解を深めること、②在宅からの積極的な発信・情報共有の工夫、③在宅医療を体験できる場づくり(相互研修)、を定期的かつ継続的に行うことと取り組んできた。

いっぽう、住民の側にも根強い「大病院志向」があり、不安があると救急車で急性期病院へ、という受療行動がとくに高齢者に目立って多い。また、診療所の数は決して少なくないにもかかわらず、かかりつけ医の保持率が低く、さまざまな施策が講じられているなかでもなかなか向上しない。

本拠点では、新宿区のなかでも高齢化率48% (2013年2月。開設時は46%)と高齢者の数が飛びぬけて高い大規模集合住宅の都営戸山ハイツの商店街の空き店舗に「暮らしの保健室」を開設し、地域住民の医療、看護、介護に関する不安や悩みに、保健師や看護師がじっくりと相談に乗ることで不安の解消を促し、過度な大病院志向や救急搬送の問題に対して是正する方向で話をし、一人一人にとっての望ましい在宅医療連携の在り方を共に考え支援する活動を行った。

その活動を通して、実際のケースを共有しながら「顔の見える連携」を進めた。

2 拠点事業の立ち上げについて

23年度に引き続き、行政との連携を意図的に進めた。

また、昨年度の未達課題であった、歯科医師、薬剤師との連携に関して、今年度は具体的な取り組みを行った。

歯科医師会には、昨年に続き定例会に参加した際に連携の重要性について講演を行い、歯科医師

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

新宿区では、在宅療養体制の整備にいち早く取り組み、区民が安心して生活できる場の創出に力を入れてきた歴史がある。

2013年3月1日現在、同区には病院が16施設、診療所が361と、豊富な医療資源を擁しているが、急性期病院が多く、慢性期病院が少ないため、長期間の療養が必要な場合、医療機関の行き先がなくなり、必然的に在宅医療の必要性が高まる。

在宅療養体制の充実のために求められるのは「顔の見える連携」であるが、在宅療養に関わる人たちは在宅医やケアマネジャーだけではなく、入院先の病院の医師や看護師、MSW、訪問看護師、ホームヘルパー、保健師、など多岐にわたり、多職種が集まる場を定期的にまた継続的に設けて連携体制づくりをするには、粘り強い努力が必要とされる。

とくに課題として認識されているのは、病院医療者との連携の困難さであり、医師を交えてのグループワークを地域で行おうとしても、医師に参加してもらうのは至難のわざである。

本拠点では、在宅医療連携拠点事業として23年度より、多職種の「顔の見える連携」を目指して勉強会や講演会、ワークショップを展開してきたが、在宅ケアのネットワークに薬剤師、栄養士、歯科医師などが次々と参画して、在宅そのものに関する関心も高まり、変化への気運は高まっているなかで、最後まで残ってしまおうところが、病院とくに急性期病院の医師である。都市部では、そのため病-診連携の問題を、多職種連携における根本課題として引きずってしまふことになる。医師をどう巻き込むかが、過去から現在、今後も課題といえる。

1. 退院支援（地域側）

医療機関と在宅医療・介護関係者で、円滑な移行支援を

テーマとした事例検討会を開催している事例

会との連携を深め、地区の歯科医師たちが本拠点事業の勉強会等に出やすいような環境作りを行った。結果、勉強会や講演会への歯科医師の参加が増え、「顔の見える連携」とともに情報共有も進んだ。薬剤師会にも同様なアプローチを行った。

3 拠点事業での取り組みについて

- (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーションと、相談施設拠点であり連携の拠点でもある「暮らしの保健室」が位置する新宿区「牛込地区」(人口約10万人、新宿区全体の約1/3)内および牛込地区内の医療連携に関わりのある周辺の医療資源を示したマップおよびリストを作成した。リストアップした資源は、次のとおりである。

病院、診療所、在宅療養支援診療所、認知症・物忘れ相談医、認知症・物忘れ相談医在籍在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、在宅訪問薬剤管理可能な調剤薬局、保健所・保健センター、高齢者総合相談センター

福祉資源については、新宿区ではすでに①「ハートページ」という、介護サービス事業者ガイドブックや②「障害のある人を地域で支えるための社会資源マップ」が発行されており、以下の事業所情報が網羅されている。これを活用した。

- ①居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、預託療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、移送サービス、配食サービス(予防も含む)

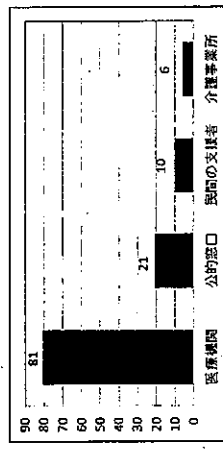
- ②就労移行支援、就労継続支援(B型)、児童デイサービス、障害児等タイムケア、生活介護、地域活動支援センター、施設入所支援、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)、福祉ホーム、短期入所、日中ショートステイ

2

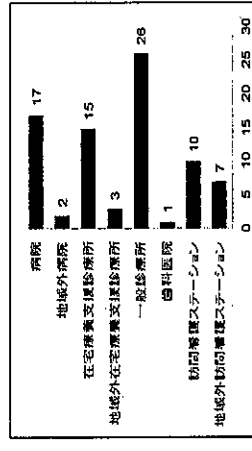
社会資源の把握のうち、各施設等の詳細情報等については、資源マップのみならず、白十字訪問看護ステーションがこれまで新宿区内で行ってきた訪問看護で連携してきた各機関との情報交換、また、ケアーズ代表の秋山が代表や役員を務める区内の医療、介護職のさまざまな団体の集まり等で知り合いとなっており、関係者との情報交換で得ることも積極的に進めてきている。

社会資源の活用については、平成24年度に「暮らしの保健室」へ寄せられた相談事例603件(1月10日現在)のうち、98件(同)において地域資源との連携が行われた。内訳については、以下のグラフに記載する。

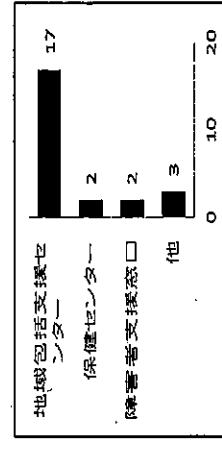
連携先機関 全相談 603 件 98 の連携を分類



医療機関との連携を分類



公的窓口との連携を分類



(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

多職種連携のための連携会議を昨年より継続開催している。

- ①牛込地区在宅患者を考える会(地区医師会等とタイアップ)
(2012年)

9月25日(32名)
平成24年度総会
在宅医療連携拠点事業について、説明と協力要請。(医師の参加が多く得られた)

11月15日(110名)
「認知症の人を地域で支えるには」
認知症の人の訪問診療を実践している、上野秀樹医師を講師に招き、ご講演をいただくとともに、牛込地区での連携についての意見交換を行った。

(薬剤師の参加増)
(2013年)

1月19日(160名)
(新宿食支援研究会と合同開催)
「摂食嚥下と低栄養について」
多職種合同による研修ならびに意見交換。(歯科医師の参加増)

②先進事例から学ぶ勉強会
(海外の多職種連携から)
10月23日
「在宅ケアのルネサンス」
オランダの在宅看護・介護事業者を招き、地域包括支援について事例を学び、参加者とのディスカッションを行った。

③暮らしの保健室ケース勉強会
暮らしの保健室に寄せられた相談事例や、白十字訪問看護ステーションで関わった在宅医療連携の事例を取り上げ、よりよい連携のためのディスカッションを原則月1回行っている。

対象者:地域のクリニック医師、訪問看護師、病院医師、病院看護師、MSW、歯科医師、薬剤師、地域

包括支援センター相談員・ケアマネ・看護師、ヘルパー、介護福祉士、新宿区社会福祉協議会、新宿区高齢者福祉課、暮らしの保健室看護師・保健師・カウンセラー等

毎回30〜40名が参加。
〇5月(近くの小規模特養の場所を借りた)
「戸山ハイズの住民に暮らしの保健室はどう受け止められたか? アンケート結果報告」

〇6月
「速回りできた相談事例から学ぶ
〜がん相談の中からみえてくること〜」

〇7月
「医療ニーズの高いケアニーズを
どう拾い上げつなげるか?」

〇8月
「地域の中でエンドオブライフを支える
〜牛込地区24時間医療連携システム〜」

〇9月
「地域ケアにおけるスピリチュアルケア」

〇12月
「重装備にならない見送り方〜認知症一人暮らしで最期を迎えた方の事例から〜」

〇2月
「がん患者を支える暮らしの保健室の役割」

④地域ケア会議
地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者:新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー等

(3) 研修の実施
大病院から地域へと研修会へ出ることが難しく、連携が進まないことも考えられるため、訪問看護側から地域の病院へ出向き研修会等を共同開催している

○東京女子医科大学での研修では、移行期支援についてのグループワークに参加して退院移行期の支援について話し合った。従来は白十字訪問看護ステーションのみであったが、今年度から牛込地区内の4つのステーションの訪問看護師も一緒に参加し、規模が拡大した。

参加した訪問看護師からは、顔を合わせたことでその後の連携がしやすくなったという感想が出された。病院看護師からも、その後具体的な連携が進んだという声が聞かれている。

小規模な訪問看護ステーションは、業務の関係でそのような会への出席できないことが多く、機会を逸して連携が進まないことが多かった。しかし今回研修を体験したことで、研修の効果を実際に経験で実感することができた。

○国立国際医療研究センター病院での研修
病院看護部が開催する院内教育の中で、在宅との連携のケースが取り上げられ、訪問看護師側も参加し意見を述べた。これにより、具体的な連携が進んだ。

○東京厚生年金病院からの連携の勉強会に在宅側から白十字訪問看護ステーションの看護師が参加。特に医療連携担当との具体的連携に加速がついた。

※これらの病院からは、暮らしの保健室勉強会に毎回参加者があり、情報交換を行っている。

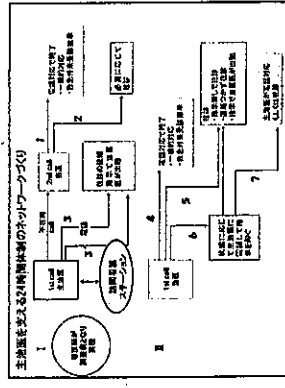
○上記以外にも、病院のがん相談支援センター窓口担当者への東京都全体の勉強会や、大学病院での院内研修の一環で、白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長が招かれ、在宅医療連携についての講演を行っている。そこでつながりもできており、在宅医療連携の気運を高めることに貢献している。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

「牛込地区在宅患者を考える会」を継続的に開催・するなかで、平成23年に牛込地区医師会と地域の

訪問看護ステーションとの連携による「牛込地区主治医を支える24時間体制」(通称:牛込方式)を構築した。

本拠点である白十字訪問看護ステーションでは、牛込方式の活用による24時間体制の普及に積極的に取り組み(講演会や勉強会にて牛込地区のクリニックの医師たちに向けシステムの概要と活用方法、稼働ケースの紹介を行った)、また実際に今年度7例の24時間365日の体制が動いている。



(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

介護サービス事業者協議会を介して、最も参加の多いケアマネジャーへの支援を行った。

ケアマネジャーが日々の業務の中で医療者との連携において感じている困難さに対して、本拠点主催の勉強会において医療者とのグループワーク等を行い、「顔の見える関係」づくりに取り組んだ。ケアマネジャー・新卒への定期的な情報提供と、そこでのケアマネジャーへの個別的な支援も積極的に行なった。

そうした取り組みの結果、ケアマネジャー自身が、困りごとについて自覚的となり、解決に向けてのアクションを具体的に起こせるようになった。また、薬剤師との顔の見える連携が進む中で、投薬の管理などがスムーズに行えるようになった。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡網式・方法の統一など)

暮らしの保健室の相談記録のフォーマットの開発。連携の図解化、プロセス図化の手法の開発など、連携の可視化を行ない、ケース勉強会や、研修、講演において活用することで、立場を異にする多職種が、文字情報ではなく一目瞭然に連携状況を理解することの促進につながった。

(7) 地域住民への普及・啓発

○在宅療養シンポジウム
(新宿区や地域病院との連携)
10月24日(39名)

○在宅療養学習会
(新宿区との連携・区民公開講座)
10月4日 がんミニ講座(15名)

1月30日 がんミニ講座(17名)
病院医師と区民が身近に語り合う会

○暮らしの保健室 専門医によるミニ講座
4月24日 循環器ミニ講座(12名)

5月15日 循環器ミニ講座(11名)
6月12日 循環器相談会(7名)

7月12日 循環器ミニ講座(15名)
9月6日 がんミニ講座(10名)

11月1日 がんミニ講座(13名)
12月6日 がんミニ講座(14名)

○熱中症・脱水予防講座の開催

「暮らしの保健室」にて7月～9月に開催。期間合計135名が参加した。

暮らしの保健室保健師による熱中症・脱水予防ミニ講座(熱中症・脱水対策の講演と経口補水液の作り方の実習)、パンフレットの配布。

戸山ハイパースクエアの医療・介護従事者および民生委員、自治会などに講座を周知し多職種、地域が一体となって主に高齢者への情報提供を行っ

た。
要望により出前講座も開催(戸山ハイパースクエアの学校校庭でのラジオ体操後に講演)。

○新宿区社会福祉協議会見守りボランティア研修
算智区民センターにて、暮らしの保健室保健師が地域医療連携について講演。
2月22日(60名)

○認知症の人の家族を対象とした講演
暮らしの保健室保健師が、認知症セミナーを含めた医療連携の講演を行った。
9月29日 四谷区民センターにて(400名)

○ベジエントサロン

患者会主催者や現在患者の立場である人等へ「暮らしの保健室」保健師が地域医療連携について講演をし、ディスカッションを行った。
12月13日 暮らしの保健室にて(20名)

○地域の企業の社員向け栄養講座
20代前半～30代の若い社員さんへ、暮らしの保健室保健師が食事のとり方や、栄養素について講座を行った。
2月21日 暮らしの保健室にて(25名)

高齢者のみならず、健康維持への関心の糸口となり、かかりつけ医をもつことへのつながりもできた。

4 特に独創的だと思ふ取り組み

「暮らしの保健室」を継続して運営するなかで、地域や住民に、予防・医療・福祉に関する情報提供や、医療や介護の使い方の使い方についての意識づけ、適正な受診行動への動機づけを行った。

また、暮らしの保健室の活動を通して、ボランティアや、ボランティアリーダーの育成を行った。

地域の医療者、介護者、医療福祉関係者に向けて、在宅医療連携の実態の理解・把握を促すための効果的なツールとして、連携を可視化して見せる手法を開

発した。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

広く門戸を開けて住民の医療や介護や生活そのものにまつわる相談を受けるなかで、そのなかから本来にその人が必要としている支援は何かを捉え、具体的な地域連携のかたちを作っていくことで、住民には安心やより快適な生活をもたらすことができた。

いっぽうで、その実践事例を通して、各関係者間の「顔の見える関係」がより深まり、多様で柔軟性にとんだ連携がスピード感をもって実現できるようになった。暮らしの保健室の活動が、地域住民への周知のみならず、全国の医療関係者にも周知が進み、行政機関にも牛込地区を超えて、その機能や場の持力が認知されるようになった。

◎参考文献：「コミュニティケア」20132月号 特集
広がる「暮らしの保健室」

6 苦労した点、うまくいかなかった点

ITを活用した連携の推進。

本拠点をとりまく地域では、それぞれの医療機関が大きく、顔の見える関係づくりによる連携の推進はかたがたIT化をすすめることは、各機関の記録様式の違いもあり、統一化できず一気には難しい。今後への課題である。

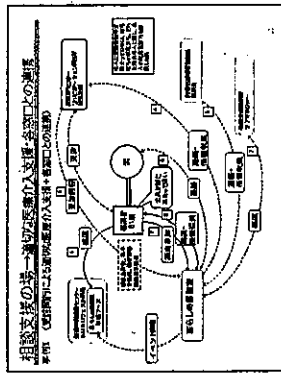
7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

以下に3点述べる。

①これからの在宅医療・介護連携において重要な課題は、要介護者のみではなく、障害の方の高齢化である。

暮らしの保健室にて相談を受けた障害者(61歳、

男性、脳出血術後、右半身麻痺、構音障害、障害者手帳有)の方の事例で、際の装具の不具合を改善するために看護師が受診に同行することで適切な医療介入支援を行い、各窓口(新宿区障害者センター、新宿区障害者福祉課、病院リハビリテーション科、通所介護事業所ケアマネジャー)との連携を行った例があった。



このケースでは、障害センターに看護師が在勤しているのだが、障害が固定してしまっていたためケアが届かず、整形外科とリハビリテーション科の情報共有が途絶えていた。また、精神疾患、構音障害もあり装具の不具合についての訴えがうまく医療者に伝わってなかった。そのため外出もままならなくなり、QOLが極端に低下し精神的にも不安定な状況が続いていた。

装具の改善を行うためには、医療情報のリニューアル化と、連携のためのプラットフォームづくりが必要となり、暮らしの保健室より関係各所に向けこのような情報発信をしたところ、適切な連携が実現し、ご本人のQOL増進という結果につながった。

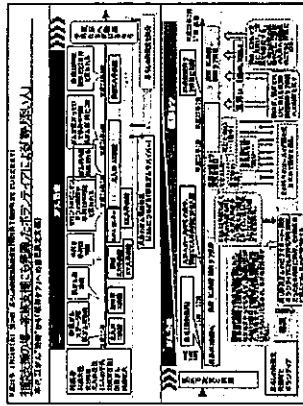
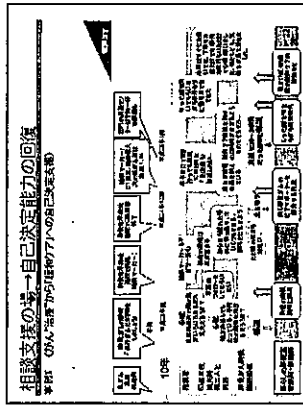
こうして障害者の方の問題が地域包括ケアの中にきちんと位置付けられることによって、そこから、在宅医療・介護連携における次の課題が見えてくる。

②2年間の在宅医療連携拠点事業を通して、がんの相談はやや増えていることがわかる。

平成23年度は全医療相談のうち約25%、平成24年度は全医療相談603件中174件(約30%)、平成25年1月10日現在)となっている。これは、本拠点

が、行政より「がん相談窓口」事業を受託(毎月第4土曜日10時～14時)していることを区報などで知った地域住民が相談にくるようになったこととともに、病院に支援センターが設置されていても、退院支援あるいは外来通院中の支援などががん患者の支援が十分であることが考えられる。

今後の在宅医療・介護連携の課題としては、がんの相談支援は喫緊かつ必須の課題である。



また、一般市民、特に大病院が林立する地域に暮らす住民の、在宅医療へのイメージは必ずしもよいものとは言えない現状がある。2年間の活動において、市民への啓発活動を行ってきたが、住民も医療者も常に入れ替わっていく。そのため、同じ内容であっても繰り返し、引き続き在宅医療へのイメージを変えていく取り組みを行っていく必要がある。

③こうした活動を持続可能にするための仕組みづくりと工夫は、行政の各窓口への働きかけと、企画への情

報発信と共働が必要である。

8 最後に

「在宅医療連携拠点」を訪問看護ステーションが核となり地域での実践を具体的に企画運営するということは、急性期医療の現状もわかり、在宅医療の現状も理解し、かつ介護・福祉の地域での資源(リソース)の活用もわかりやすいという、日頃の実践活動の特徴を活かせることであった。

ただし、日常の本来の訪問看護活動の他に、この拠点としての活動を行わなければならない。そこで、日頃から、住民サイドにより近いところでのニーズ把握や相談支援の場の必要性を感じていたこともあり、制度としては位置付けられていない地域の医療に強い相談の場として「暮らしの保健室」をオープンし、そこを足がかりに多職種連携の具体的な活動の展開を試みた。

地域包括ケアの中で、できるだけ医療的な重症化を避ける意味での保健・予防活動の一端としてもこの「暮らしの保健室」は機能し、かつますます増えてくるがん患者と家族への支援の窓口ともなり始めた。

単にこれまで多職種連携がうまくいかなかったところをつなぎ合わせるということではなく、住民の意識を変えつつ、病院入院・施設入所志向の20世紀の医療・介護のスタイルから、安心して暮らし続けられる街、医療にアクセスでき継続性のある支援を受け続けられる街、その延長線上に人生の終末をむかえるというライフスタイルが地域内で完結できる街へと、そうしたスタイルが不可能ではない街づくりへの発展を夢に終わらせない糸口を見つけた。じつは。

住民を巻き込んだ多(他)職種連携のもとでの地域包括ケアは、医療人への変革を迫る一大転機となりうる。

同一地域での長年の訪問看護の実践の上に立った今回の在宅医療連携拠点事業を、今後も行政や医師への働きかけを続けつつ継続できる活動として、地域が育っていくように努力を惜しまない所存である。

多職種連携のための6つの連携会議を昨年より継続開催

※看護職が地域のハブとなすすべてしている

- ①牛込地区在宅患者を考える会
(地区医師会等とタイアップ)

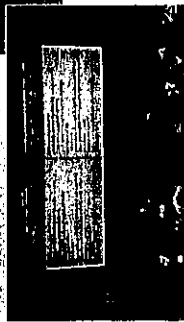


2012年
9月25日(32名)
11月15日(110名)
2013年
1月19日(160名)
(新宿食支援研究会と合同開催)

今後も継続

- ④先進事例から学ぶ勉強会
(海外の多職種連携から)

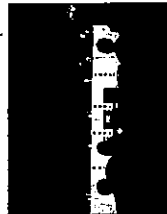
10月23日
在宅ケアの
ルネッサンス



- ②在宅療養シンポジウム

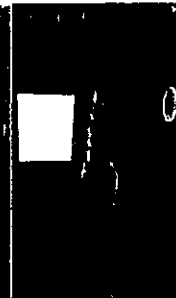
(新宿区や地域病院との連携)

10月24日
新宿文化センター



- ③在宅療養学習会
(新宿区との連携・区民公開講座)

10月4日 がん支援講座(15名)
11月30日 がん支援講座(17名)
病院医師と区民が学びに結び合う会



6

多職種連携のための6つの連携会議を昨年より継続開催

※看護職が地域のハブとなすすべてしている

- ⑤多職種連携のためのケース勉強会

月1回、「暮らしの保健室」に寄せられた相談等から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例を取り上げ意見交換。
毎回30〜40名が参加。



2012年度

○5月「戸山/山ハイツの住民に暮らしの保健室はどう受け止められたか? アンケート結果報告」

○6月「巡回してきた相談事例から学ぶ
〜がん相談の中からみえてくること〜」

○7月「医療ニーズの高いケアニーズを
どう拾い上げつなげるか?」

○8月「地域の中でエンドオブライフを支える
〜牛込地区24時間医療連携システム〜」

○9月「地域ケアにおけるスピリチュアルケア」

○10月「重装病にならない見送り方
〜認知症・一人暮らしで最期を迎えた方の事例から〜」

- ⑥個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者○新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー 等

病院医療者との連携の困難さ

■ 解決策として行っていること

- 何度も勉強会を重ねて相互に理解を深める
- 在宅からの積極的な発信・情報共有の工夫
- 在宅医療を体験できる場づくり(相互研修)

■ 上記解決策を継続実施するなかで連携を阻む要因として考えられていること

- 医師を交えてのグループワークを地域で行おうとしても、医師に参加してもらえないのは至難のわざである。地域ケアのネットワークに薬剤師、栄養士、歯科医師などが次々と参画して、在宅そのものに関する関心も高まり、変化への気遣いは高まっているなかで、最後まで残ってしまふところから、病院とくに急性期病棟の医師である。都市部では、そのため病・診連携の問題を、多職種連携における根本課題として引きずってしまふことになる。医師をどう巻き込むかが課題。(訪問看護師)
- 介護保険サービスに対する医師の理解が進んできたが、どのようなタイミングでケアマネが医師にアプローチすればよいのか難しい。(ケアマネジャー)
- 大きい病院の場合、医師が介護について理解していない場合があり、困る。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)

多職種連携を阻む要因

- 自分自身(ケアマネ)の意識が、医療に対する敷居が高くて困難。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)
- 介護から医療への連絡をしたい場合、「サービス責任者→CM→看護」となっており、直接連絡できないこと。(訪問介護)
- 医療の側からは詳しい治療内容の説明を、介護の側からはお年寄りの詳しい現状をどのようにしたら上手に伝えられるのか。(通所介護)
- 医療関係者とヘルパーは直接かかわることはほとんどなく、基本的にすべてケアマネ経由なので何が合った時どうしても対応が遅くなってしまふ。(訪問介護)
- 人手不足。医療関係者が高飛車(にみえてしまふ)。(看護師・ケアマネジャー)
- 地域自体がつながりが薄い。(栄養士)

- 服薬に関して、薬の情報がなかなか手に入らない。医師との連絡が直接とりにくい。処方箋に関しての指示がもらえない。ケアマネに医療処置について聞いてもらいたい返事が来ないことがある。(訪問看護師)
- 複数の病院に診てもらっているケースの場合、内服薬がダブっており、本人もわからず内服を続けている。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)
- 一包化の指示が処方箋と備考欄で異なった際に医師に連絡が取れず、認知症の患者にも確認が取れなかったため困った。(薬局薬剤師)
- 認知症の患者から電話で話を聞いた場合、どこまで医師にフィードバックしたらいかがかわからない。(薬局薬剤師)

多職種連携を阻む要因

- 病院で働く現場スタッフに連携の重要性が浸透していない。(MSW)
- 情報を共有する時間がない。FAXも有効だが書面では微妙なニュアンスが伝わりにくい。(MSW)
- 相互無知。(クリニック医師)
- 情報の共有ができていない。お互いの立場がわかっていない。(病院医師)
- 他職種の内容の理解不足、ヒューマンリソースの偏在。(歯科医師)
- 病院の忙しさ。(病院看護師)
- 介護スタッフへ医療知識をどこまで伝えたいのか、伝える方法について困っている。(病院看護師)

■ 解決策を継続実施するなかで得られた成果

- 以前、大学病院の循環器医師だった時には、専門医として患者さんの死は“敗北”であり、力及ばずお詫びをするという感覚であった。しかし地域医療にたずさわるとなり、在宅での看取りを経験するなかで、戦う医療から支える医療の力を知り、お詫びするのではなく「よかったですね」と言えるようになった。(クリニック医師)
- 今後の課題
 - 多職種による顔の見える会を重ね、在宅からの情報発信・情報共有を積極的に行い、成功体験を積み重ねることで、新たな人材を育成することが課題である。

【2-①：綾川町国民健康保険陶病院】

2. 日常の療養生活の支援

・ 診療所間の連携や、病院医師による支援により、在宅医療の不在時の代診等の支援体制を構築している事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：綾川町国民健康保険陶病院

別添様式1

行う。

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

綾川町は、地域包括医療・ケアの拠点として、医療、保健、福祉が一体的になった「十瓶の里」を整備している。ここには、綾川町国民健康保険陶病院（一般35床、医療型療養28床）を中心として、国保総合保健施設えがお（町健康福祉課保健部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センター、病児保育室）、介護老人保健施設あやがわがあり、地域の事業所と連携し、「地域包括ケアシステム」の拠点として安心・安全のまちづくり」に貢献している。在宅医療やそれに関連したサービスとしては、人口約2万5千人の町内に在宅療養支援病院・支援診療所が4ヶ所、訪問看護ステーション3ヶ所、通所リハビリ4ヶ所、また、介護サービス事業所も比較的多い。在宅療養支援病院・支援診療所は、いずれも在宅医療に積極的に取り組んでいる。

地域の課題として、以下の4項目があがった。

(1) 介護支援専門員中心の担当者会議は地域包括支援センターが主催し行われているが、町全体の多職種多機関連携の会がなかった。

(2) 医療依存度が高い利用者の緊急入院先・レスパイト・ケア先が少ない

(3) 地域住民に対する在宅医療サービスの周知不足から在宅医療に関心が薄い。

(4) 地域の急性期病院関係者の在宅医療に対する理解がない。

以上の課題に対する取り組みとして、以下の方針を決定した。

(1) 定期的に全体会を開催し、多職種間の交流を図る。

(2) 在宅療養支援病院として、できる限り緊急入院・レスパイト・ケアを受け入れる。

(3) 住民に対して在宅医療の啓蒙を図る取り組みを

(4) 急性期病院職員に対し研修会を開催、在宅医療の現状を知ってもらい退院支援につなげる。

全体としては、これらの事業を元に、「顔の見える関係づくり」を構築を目指すこととした。

2 拠点事業の立ち上げについて

香川県看護協会高松訪問看護ステーションで毎年訪問看護師として活躍し所長を務めていた看護師（介護支援専門員）を採用し、今回の事業の中心的な役割を担ってもらうこととした。それに、病院の医療ソーシャルワーカー、在宅医療を行っている医師、訪問看護ステーション看護師、事務長など事務局が加わり、在宅医療連携拠点事業としての活動を行った。

まず、課題抽出と解決のため運営委員会を設置した。運営委員会メンバーは、拠点病院医師2名、診療所医師1名、歯科診療所医師1名、調剤薬局薬剤師1名、訪問看護師1名、主任介護支援専門員1名、特別養護老人ホーム施設長2名、町行政2名、県行政1名、計12名で構成した。特養施設長を入れたのは、短期入所を初め、訪問介護・通所介護事業などで、在宅医療に関連があるためである。ただ、今回は、地区医師会代表者の参加が得られなかったのが残念であった。在宅医療連携の必要性についてはご理解いただいていたと考えている。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

医療、福祉資源の把握については、綾川町健康福祉課、綾川町地域包括支援センター、香川県医療機関情報システム、WAM-NET などから情報収集するとともに、各事業所にアンケート調査を実施した。これより、連携ガイドブックを作成した。後述する香川シームレスケア研究会医療・介護地域連携ディカルパス事業で在宅IT化の

ためのソフトを導入している事業所は、その掲示板にこれを掲載した。ソフトを導入していない事業所のみ印刷物として配布した。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

運営委員会の開催(いずれも19~20時半)

8月7日 第1回運営委員会

・在宅医療連携拠点事業概要について

・事業実施計画及び事業の進め方について

10月9日 第2回運営委員会

・町民フォーラム開催について

・事業進捗状況について

2月18日 第3回運営委員会

・在宅医療連携拠点事業の承認、検討

・連携ガイド内容の承認、検討

・事業の進捗状況について

(3) 研修の実施

【第1回在宅勉強会】

6月18日 18:30~19:30 多職種対象

参加者 49人

内容 在宅IT化事業ソフト使用方法・操作方法事例報告(有効活用できている事例)

意見交換

講師 拠点事業医療ソーシャルワーカー

意見交換内容

(介護支援専門員)

・認知症や独居の人の毎日の様子がよくわかる

・予定表から主治医の訪問に合わせ訪問できる

・既存の紙面記録があり二度手間である

・デバイス間連携機能を使い担当者会議の日程調整がスムーズ

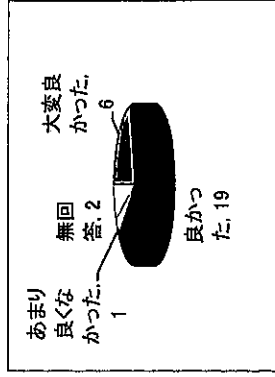
・参加メンバーと直接メールができ便利

(その他の職種)

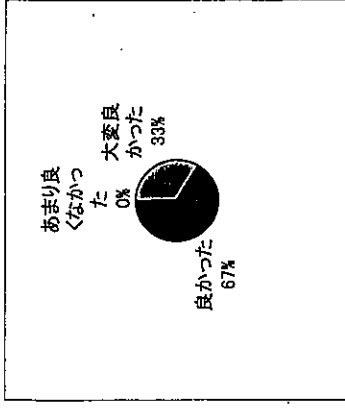
・訪問の前に状態の確認ができ計画を立てやすい

・情報がすばやく主治医に伝わり早急に対応してもらえた

—勉強会の満足度—



—勉強会満足度—



【第3回在宅勉強会】

12月10日 18:30~20:30 多職種対象

参加者 39人

内容 在宅の現場での急変時の対応

講師 運営委員 陶病院医師

内容 訪問看護の役割と活動

講師 運営委員 訪問看護ステーション訪問看護師

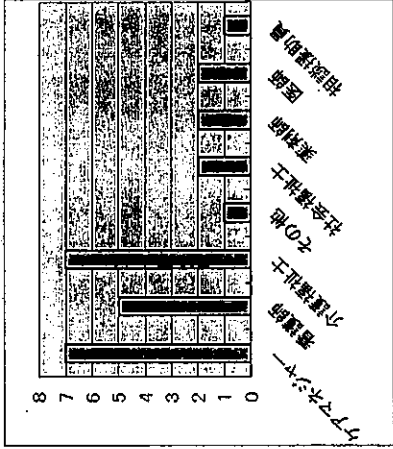
内容 在宅IT化事業有効活用事例報告

講師 拠点事業医療ソーシャルワーカー

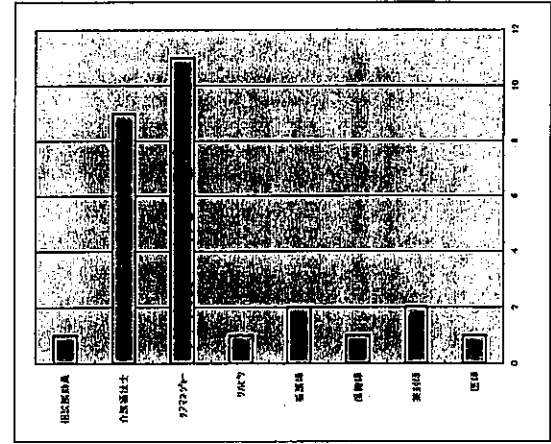
グループディスカッション

第3回在宅勉強会 アンケート

参加職種

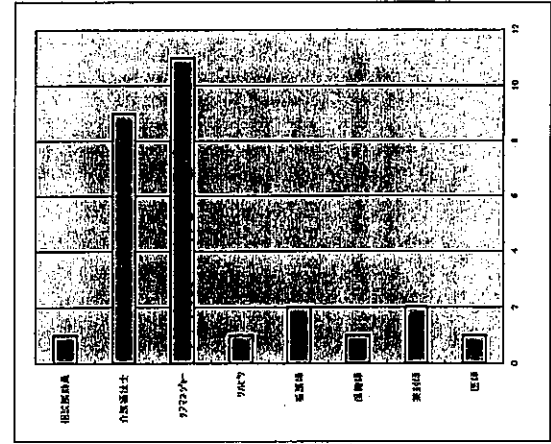


参加職種

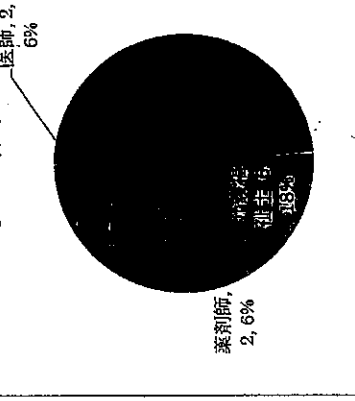


第2回在宅勉強会 アンケート

参加職種

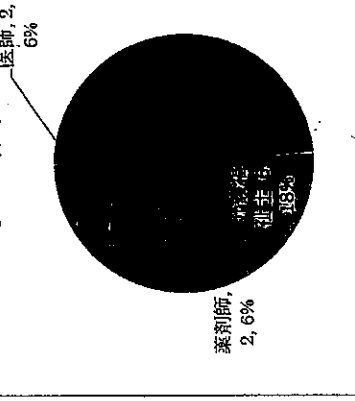


参加職種



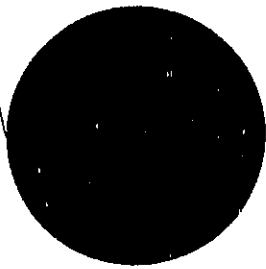
第4回在宅勉強会 アンケート

参加職種



勉強会の満足度

あまり良
くなく
た、0,0%



(4)24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

讃岐山脈側の旧綾上町の医療を支える在宅医療に熱心に取り組んでいる在宅医療支援診療所を支援するため連携体制を充実させた。週3回の定期代診、研修や家庭の事情で休む際の臨時代診を行うとともに、在宅医療患者の入院が必要の際の対応や診療所医師不在時の往診等連携体制の構築を行った。これらは、臨病院長を窓口として医師の調整などを行う体制とした。

また、24 時間 365 日の在宅医療を支える在宅医療支援病院として、当院の緊急時入院、レスパイト・ケア患者の受け入れに、医療ソーシャルワーカーが積極的に関わった。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

①看護士と医療ソーシャルワーカーによる事業所訪問

居宅介護支援事業所 3 (地域包括1含む)

調剤薬局 2

訪問看護ステーション 2

急性期病院地域連携室 1

デイケア事業所 1

短期入所生活介護事業所 1

小規模多機能型居宅介護事業所 1

事業所の聞き取り調査結果

- ・在宅かかりつけ医師との連携は比較的にスムーズ
- ・急性期病院の医師と連絡が取りにくい
- ・急性期病院の職員が在宅療養の現状を理解していない(在宅への関心が薄い)
- ・地域連携室が医師、職員との中継ぎを頑張ってくれている
- ・退院時カンファレンスの必要人はほとんど
- ・のケースで実施できている(地域連携室の協力が大きい)
- ・薬局に訪問薬剤指導の依頼が少ない
- ・薬局は病院との連携のみで在宅サービス事業所との連携はない
- ・医療依存度の高い利用者の臨時のショートステイが取れない
- ・ショートステイで吸引が必要で利用者については人材不足のため受け入れが難しい
- ・デイケアは利用希望者が多く待機してもらいともある(医療依存度の高い利用者受け入れ可能)
- ・ケアマネとの連携はあるが他の職種との連携はほとんどない
- ・緊急入院、緊急のレスパイト・ケアの入院先がなかなか見つからない
- ・本人、家族の在宅へのイメージが強く在宅の希望が少ない
- ・介護サービスを利用することで在宅療養が可能と思われるが本人も家族もサービスについて知らない

以上の結果から、課題を1. の4 点に絞り込んだ。また、事業所を訪問し状況を聞くことで、在宅医療連携拠点事業の周知ができ、その後の連絡が取りやすくなった。

②相談窓口の開設

相談件数 248 件

対応者別、医療ソーシャルワーカー 234 件

看護士 14 件

相談内容 入院経過、病状、疾患、薬

サービス担当者会議、在宅移行の可能性

医療制度、医療処置、障害者制度
訪問看護制度、緊急時の対応、その他

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

香川県では、平成17 年より、中讃、三豊という2つの医療圏を対象に「香川シーメンスケア研究会」(当院院長代表世話人)を開催し、脳卒中、大腿骨骨折、嚥下・NST の地域連携クリティカルパスを作成し運用している。これは、県下共通パスとして使用されている。また、平成20 年から在宅グループを立ち上げて、在宅版地域連携バスを作成・運用、平成23 年に改訂し、在宅や施設との連携を図るための「医療・介護地域連携バス」として完成、事例集やマニュアルも作成配布し運用に至っている(参考文献: 藤本俊一郎、大原昌樹、木村年秀編、【改訂版】医療・介護地域連携クリティカルパス〜脳卒中・嚥下・NST/PEG、在宅、歯科・口腔ケア〜、メデイカルレビュー社、東京、2013)。また、平成23 年度からは研究会が委託を受け、「医療介護地域連携クリティカルパス事業」(地域医療再生基金)が開始された。

医療介護地域連携バスでは、退院時に医療機関が介護支援専門員などに情報提供する「医療・介護連携シート」、入院時に介護支援専門員などから医療機関に情報を届ける「介護・医療連携シート」を多種多様な機関で検討して作成し、これを元に情報共有を図っている。これらの情報は、看護計画、リハビリ計画やケアプランなどに反映されている。

また、利用者宅に設置して利用者に開くスタッフ全員で情報共有を図るツールとして連絡ノートがある。綾川町の地域包括支援センターが作成し、町内で普及している。

(7) 地域住民への普及・啓発

これまで綾川町において健康教室や介護予防教室は重点的の事業として実施されており、町民の健康意識は高い。しかし、在宅医療、療養に関する普及

活動は少なく、今回の聞き取り調査でも全事業所から地域住民の在宅サービスに対する知識不足があった。拠点として取り組んだ活動は以下のとおりである。

① 町民フォーラム開催

平成24 年11 月23 日 9:30~12:30

参加者 315 人

内容 講演 地域で命を支える

講師 諏訪中央病院名誉院長 鎌田 實医師

内容 シンポジウム「私たちが在宅療養を支える」

シンポジスト 診療所医師 運営委員

歯科診療所 歯科医師

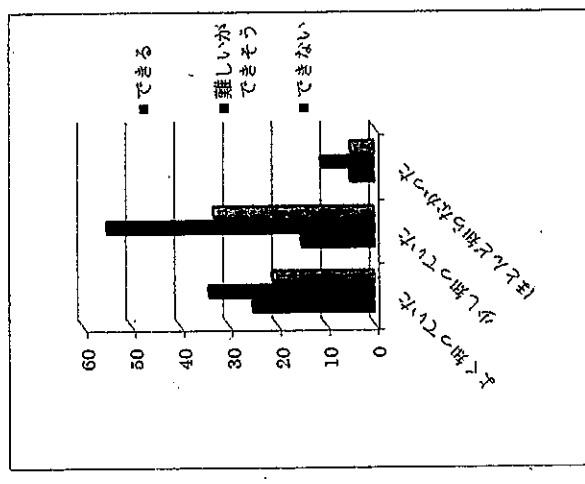
薬局薬剤師 運営委員

訪問看護 運営委員

主任介護支援専門員 運営委員

町民フォーラム参加者 アンケート

一在宅サービス認知度と講演後の意識調査



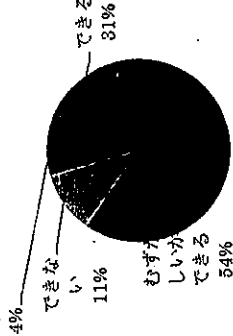
②在宅医療普及会

地域包括支援センター、社会福祉協議会の協力を得て、在宅医療普及会を19回開催した。

対象 綾川町介護予防サポーター 1回 23人
転倒予防教室参加者 1回 18人
地域サロン参加者 17回 263人
内容 かかりつけ医をもとに
生活不活発病を防ごう・食事と運動
地域には在宅医療支援隊がいます
終末期に向かう中で決めておくこと
困ったときの相談窓口

担当 拠点事業所 看護師
デキスト 暮らしの健康手帳(勇美財団)を使用
在宅医療普及会 参加者アンケート

今日の話を聞いて自宅最期を迎えることが



③在宅医療普及用パンフレット作成
町内全戸配布用のパンフレットを作成した。綾川町広報と一緒に5月に配布予定である。

(8)地域リーダー研修会の開催
都道府県リーダー研修に参加するとともに、香川県地域リーダー研修会の委託を受け、企画・運営を県と協力して行った。平成25年1月14日10～17時、参加者150名(県、当院含む)、特別講演1、講演2、グループワーク2の構成で行い、非常に有意義な会であった。

4 特に独創的だと思う取り組み
綾川町の地域包括支援センターが在宅医療・介護

の現場での多職種連携で推進している家庭に置く「連絡ノート」と香川シーレムレスケア研究会が委託を受けて行っている「医療・介護地域連携クリティカルパス事業(在宅IT化事業)」を結びつけることにも、それを、今回の在宅医療連携拠点事業でさらに活用、活性化させた。具体的には、平成23年度から香川シーレムレスケア研究会が、委託を受けて取り組んでいる在宅IT化事業でのパシオン内での情報共有連絡シートは、綾川町地域包括支援センターの連絡ノートを元に作成した。これを、Microsoft SharePoint2010というセキュリティの高い市販品で導入費用の安く、インターネットにつながついていけばサーバー不要で維持費もほとんどいらない仕組みで運用している。ただ、これだけでは、医療と介護の連携としては不十分なので、在宅医療連携拠点事業での在宅医療勉強会が連携を深める上で非常に役立った。

なお、在宅IT化事業は、平成24年4月から運用を開始し、参加事業所数44、参加医師6人、登録患者24人となっている。参加事業所からの声は、第1回在宅勉強会の意見交換内容に記録した。運営上の事務機能やパシオンの操作指導などは、拠点事業医療ソーシャルワーカーが担当している。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み
今回の取り組みで具体的に数値指標を示して報告できるものはない。ただ当初からの目標であった顔の見える関係づくりは構築できたと考ええる。

綾川町内での介護支援専門員とサービス事業所との関係は既にできており、拠点で行った4回の在宅勉強会には多職種多機関の交流の場となった。特に、3・4回目の勉強会には、町外事業所からの参加もあり、広がりを見せてきている。町外からの参加者は、医療・介護地域連携クリティカルパス事業の在宅IT化事業に関心が深く参加する動機の一つが多いが、綾川町の在宅医療連携拠点事業の取り組みを見る中で、定期的に多職種多機関が集まること、グループワークをして課題を議論・共有すること、連携シート、連携の仕組みなど議論して作っていくことの必要性や楽しさを実感してもらえたと考えられている。

いろいろ課題はあるが、在宅医療連携拠点事業が行く先を照らす灯台となり得ることを確信した。

6 苦労した点、うまくいかなかった点
・担当者が今まで高松市で仕事をしていたため、地域の状況の詳細を把握するまでに時間を要した。
・事業開始前の根回しや準備期間が短かったため、スアークホールダーに十分な働きかけができなかった。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス
①県から、市町村、地域包括支援センター、各関係団体に今後の医療計画、在宅医療・介護連携の必要性や国・県の取組み姿勢などを説明していただく。医療と福祉の両面当時から説明していただくことが望ましい。

②特に、地域医師会が積極的であれば、地域のネットワークづくりが進む可能性が高いので、理解を得る努力をする。

③ただ、連携については、全ての事業所や関係機関が同じ方向を向くことはまずありえない。積極的なところ、連携のとれるところから進め、継続し徐々に広げていくことが大切だと考えている。

④定期的に関係機関が集まれる場を作ることが重要である。在宅医療・ケア、医療と介護の連携などをテーマに話し合うとともに、連携シート、報告書などの成果物を作成することは大きな意味がある。それを繰り返すことにより、顔の見える関係づくりが有効である。

⑤定期的な会合では、スクール形式はなるべく避ける。講演や報告は短時間として、テーマを決めるためのグループワークが有効である
⑥関係機関の代表者による全体会議(運営委員会)とテーマごとのワーキンググループの設置が有効である。

⑦全県単位、あるいは保健所など医療圏単位で会議を開催し、全県的に使用できるものは県全体で作成するとともに、各圏域の情報交換を図

る(連携様式集、災害マニュアル、情報IT化ルール等)場があれば望ましい。

8 最後に
綾川町での在宅医療連携拠点事業は、医療と介護の連携、情報共有において十分な広がりを実現した。これからは在宅医療勉強会などを継続する。しかし、本事業で医療機関間連携の難しさも明らかになった。すぐに解決できない問題もあるが在宅医療における連携の必要性は高く一歩一歩進めたい。

また、本事業を通して、地域住民の意識を変えるきっかけができたと感じている。在宅医療の啓蒙とともに、地域住民に広い意味で終末期のあり方について自分自身の問題として考えてもらうことが重要と考えている。当院が行っている移動健康教室(希望があれば無料で講師派遣する制度)や各公民館での講演でこの問題を取り上げるとともに、地域全体で今回のようなフォーラムの開催を企画・提案し、より多くの地域住民に理解してもらう努力を続けたい。

また、今回のような取り組みを周辺市町村や県全体に広げていくことに関わること本事業を1年間行った当該の役割と考えている。香川県の場合、地域包括支援センターが全て市町直営であり、国の意向が伝わりやすく、地域のネットワークづくりを構築しやすい立場にある。ただ、各センターで温度差があったり、在宅医療という「医療」の推進となると躊躇する面がある。また、地域包括支援センターは、「地域ケア会議」を何らかの形で開催していると回答しているところが多いが、実際の状況には大きなばらつきがある。これと今回の事業は主旨が異なる面はあるが、共通部分も多いと思われ、その連携・融合を検討する必要がある。これを含めて、多職種多機関が連携できる体制構築など県全体の取り組みとして、各地域を支援していく事業展開を提言し、そこに関わっていききたいと考えている。また、学生や研修医教育を含めた在宅医療の人材育成や病院、特に急性期病棟の地域連携室や病棟スタッフに在宅医療の現場を見てもらい理解を得ることなども全県的に取り組むべき事業として、推進に関わってほしい。

最後に、ご指導いただいた国立長寿医療センター

一在宅連携医療部、香川県健康福祉部医務国保課、また、ご協力いただいた綾川町および綾川町内関係機関に感謝したい。

【2-②：千葉県】

2.日常の療養生活の支援

- ・ 医療依存度の高い患者や小児等患者への対応力向上のための研修を実施している事例

小児等在宅医療連携拠点事業成果報告

都道府県名： 千葉県

1 地域の小児等在宅医療が抱える課題と拠点の取り組み方針について

千葉県は620万人（全国第6位）の人口を擁し、かつ、5,156平方キロメートルの面積は、東京都と神奈川県を合わせたよりも広大である。

県内には3つの政令市（千葉市・中核市（船橋市、柏市）がある一方で、人口が減少し、医療・福祉の資源の乏しい地域も数多く存在する等、地域格差が大きいというのが現状である。

小児等在宅医療連携の推進に当たっては、県内に共通する課題と地域固有の課題が存在すると考えられるが、千葉県では、課題と取り組み方針について、次の4つに整理した。

(1) 在宅生活の円滑なスタートに向けた支援・取組み（入りの整理）

在宅生活の入りの入り口とは、主にお子さんが病院から退院して家庭に戻るを指すが、それ以外にも、長年、家族だけでお子さんを介護してきたが、介護者の高齢化などで、外部サービスを活用しなければならなくなってきたとき等を含んでいる。

現状では、家族や関係者に十分な知識・情報がなく在宅生活への不安が増したり、退院時に関わる専門職種と在宅で必要な支援とのマッチングが不十分という状況がみられることから、在宅生活の円滑なスタートに向けた支援が必要である。

(2) 主要な専門職種の連携力向上への支援・取組み（人材の育成）

現状では、医療的ケアを要する子どもが在宅で医療や福祉のサービスを受けられる環境や体制が十分に整備されているとはいえず、そのため資源（人材）が不足しているという問題があることから、人材育成が喫緊かつ重要な課題である。

(3) 地域ごとの多職種協働支援（チームケア）の実践に向けた支援・取組み

現状では、各地域の課題について専門職種間での共通認識が希薄であるとか、各地域の実情に応じた多職種協働支援の必要性やあり方について専門職種間で認識に相違（戸惑い）があるといった問題が見られる。

そのため、各地域で異なる課題に対応し、県内のどこに住んでいても安心して暮らせるように、専門職種による協働支援の実践に向けた取組みが必要である。

(4) 医療機関と地域を結ぶための取組み

現状では、中核病院の医師や地域の在宅診療医どうしのつながりが希薄であったり、療養上の必要に応じ安心して受入れを依頼できる医療機関が不足しているといった問題がみられるため、医療機関と地域を結ぶための取組みが必要である。

2 拠点事業の立ち上げについて

千葉県では、平成23年度から県単独のモデル事業として、「障害児等支援訪問看護センター事業」（以下、「県単事業」という。）を実施してきた。

この事業は、本県が小児の訪問看護に高い実績を有する2ヶ所の医療法人に委託して、①医療的ケアを必要とする障害児や家族への相談支援や、②他の訪問看護ステーションの職員への助言や同行訪問などの技術支援を通じて、重症度の高い障害児の在宅生活を支えていくというものであり、①②のいずれも着実に実績を上げてきた。（23年度～25年度の累計で、①は約160件、②は約80件）

平成25年度にスタートする国の小児等在宅医療連携拠点事業が、実質的に県単事業を含んだものであり、かつ、県単事業にないメニューも実施できる

内容であったことから、本県では、県単事業を委託している医療法人の1つである医療法人社団麒麟会（以下、「麒麟会」という。）を再委託先として、拠点事業に応募することとした。

事業計画書の作成は、麒麟会の統括マネージャー（看護師）と県が共同で行ったが、事業実施に当たっての役割分担については、主として、事業の具体的な実行を麒麟会が担い、進捗管理や広報周知を県が担うという整理をした。

また、千葉県医師会、千葉県看護協会、千葉県訪問看護ステーション連絡協議会等の関係団体に対しては、県から協力を依頼して同意を得た。

苦労した点としては、国の拠点事業の募集期間が短かったこともあり、事業計画書の作成、庁内関係課との調整、関係団体への協力依頼等を短期間で行う必要があったことがあげられる。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 会議の開催

千葉県では、県単事業の「障害児等支援訪問看護センター事業」を実施するに当たり、小児等在宅医療や訪問看護、障害児リハビリテーション等の専門家で構成する「障害児等支援訪問看護センター研究会」を設け、事業の進捗管理や医療的ケアを要する子どもたちの在宅生活の支援策の検討を行ってきた。

今年度、新たに拠点事業を実施するに当たり、メンバーを拡充し、名称も「障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会」と改め、事業の進捗管理、課題の抽出、対応方針の検討を行うこととした。

また、本県では、障害のある人が個々の尊厳を守られながら地域で安心して暮らせるよう、障害福祉施策の発展のための中核的役割を果たす協議会の場として「千葉県総合支援協議会」と6つの専門部会を設けている。

そのうちの1つである「療育支援専門部会」には、医療、福祉、保育、教育、市町村行政等、医療的ケアを要する子どもに関わる様々な分野の有識者や職員が参加しており、毎年度、障害児の療育についての課題や解決方針等について協議している。

また、「相談支援専門部会」には、医療、福祉の現場で活躍する有識者が多数参加しており、障害者・児の相談支援体制の充実強化を図るための協力を重ねている。

拠点事業に専任で携わる麒麟会の統括マネージャーは、「障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会」「療育支援専門部会」「相談支援専門部会」のいずれの委員でもあることから、事業の進捗管理、課題の抽出、対応方針の策定に当たっては「障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会」「療育支援専門部会」「相談支援専門部会」を活用することとし、いずれも年間4回ずつ、計12回にわたって開催した。

さらに、適宜、県医師会や県看護協会等の関係団体の助言・協力を受けながら事業を進めていった。

(2) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

医療、福祉、教育、行政・保健等の関係機関の協力の下、機関名、所在地、連絡先等の基本情報をウェブ上の地図に掲載し、広く情報提供しようとする取り組みだ。

なお、今年度の協力機関数は約1,500（医療700、福祉600、教育35、行政・保健100）に上った。

(3) 研修の実施

① 新規に小児等訪問看護を行う訪問看護ステーションへの研修・支援

地域の訪問看護ステーションからの依頼を受けて研修を実施した。

（講師）麒麟会 統括マネージャー

（実績）4件/半年

（種別）出前研修

1コース5日

同行訪問研修 1コース15日

② 経験のある訪問看護ステーションへのコンサルテーション

地域の訪問看護ステーションからの依頼を受けて実施した。

(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏 等

(実績) 3件/半年

③ 小児等在宅医療に実績のある医師による実践報告会を通じてネットワークづくり

小児等在宅医療に実績のある医師や関心を
持っている医師による実践報告会を開催した。
(日程) 11月28日(木) 19:00～21:00
(会場) 千葉市内
(参加医師数) 13名
(座長) 千葉県医師会 大野京子氏

※ 参加した医師の間で、小児等在宅医療との
関わりや日常的に抱えている課題等について
活発かつ自由な意見交換が行われた。開催
の継続を希望する声も多かった。

④ NICUからの退院促進のための専門医療機関
との連携と社会資源の創出
ア NICUを有する医療機関からの依頼を受け
て退院支援のアドバイス等を実施した。
(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

(実績) 2件/半年
イ 東京ベイ・浦安市川医療センターにおける重
症心身障害児の一時受け入れに係る人材育
成やシステム構築を支援した。
東京ベイ・浦安市川医療センターの担当
講師が千葉リハビリテーションセンターで研修
を受けられるようコーディネートを行った。

千葉リハビリテーションセンターでは、看護
師3名に対して5日ずつの研修を行い、その後、
東京ベイ・浦安市川医療センターにおいて、3
名の小児を受け入れた。

⑤ 小規模な児童デイサービスや福祉施設で、より
安全な看護を提供するための支援
児童デイサービスや福祉施設からの依頼を受
けて実施した。

(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏 等
(実績) 1件/半年

(4) 患者・家族や小児等の在宅医療を支える関係
者を対象にした支援の実施

電話相談や訪問支援等による個別支援や定
期的なフォローアップを、障害児の家族や関係機
関等からの依頼を受けて実施した。
(支援者) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏 等
(実績) 4件/半年

⑤ 効果的な情報共有のための取組
① 郡部を中心とした小児等在宅医療について考
えるシンポジウムの開催

「夷隅・長生・君津・市原・安房地域での医療的
ケアのある子ども達への支援の現状と課題、これ
から」と題して、シンポジウムを開催した。
(日程) 1月19日(日) 13:30～17:00
(会場) 木更津市内(かずさアカデミアホール)
(参加者数) 約110名
(内容)

■基調講演
「小児在宅医療の現状と未来」
医療法人財団はるか会 理事長 前田浩利氏
■シンポジウム
(座長)
千葉リハビリテーションセンター愛育園
園長 石井光子氏

(シンポジスト)
・医療法人鉄蕉会亀田総合病院
小児科医長 市河茂樹氏
・国保直営総合病院君津中央病院
新生児科部長 大曾根義輝氏
・医療法人鉄蕉会亀田訪問看護ステーション
所長 佐々木真弓氏
・特定非営利活動法人母里子ネット
代表理事 砂田千恵子氏

・社会福祉法人九十九会 生活支援センター
つぐも 主任・相談支援専門員 三本法広氏
・(有)安心の絆(訪問看護ステーション)
代表取締役 村井恵子氏

② 地域の小児等在宅医療・福祉・保健について、

当事者や関係者が協働して考える機会を提供す
るためのワールドカフェの開催

「香取・海浜地域での医療的ケアのある子どもた
ちへの支援の現状と課題、これから」と題して、
パネルディスカッションとワールドカフェを開催し
た。
(日程) 1月26日(日) 13:00～16:30
(会場) 旭市内(旭中央病院)
(参加者数) 約40名
■パネルディスカッション
(パネリスト)
・総合病院国保旭中央病院
小児科部長 小林宏伸氏
・社会福祉法人ロザリオの聖母会 地域生活
支援センター友の家 所長 白井正和氏
・社会福祉法人ロザリオの聖母会
聖ヨセフつばきの里 所長 杉田 明氏
・匠達市訪問看護ステーションつばきの里
管理者 英 香代子氏

■ワールドカフェ
「香取・海浜地域の医療的ケアのある子ども
への支援について参加者全員で語ろう」
(プラクティショナー)
・千葉リハビリテーションセンター
看護局長 荒木睦子氏
・地域の障害福祉行政に携わる職員等への啓
発のための研修会の実施

先進的取組みを行っている自治体からの発表
と参加者との意見交換を行った。
(日程) 11月19日(火) 13:00～16:00
(会場) 千葉市内
(参加者数) 約50名
(コーディネーター)
麒麟会 統轄マネージャー 谷口由紀子氏
(講師)

・市川市障害者支援課 障害者地域生活支援
センター 竹野敬一氏
・長生村健康福祉推進課主査 川島千秋氏
・千葉県障害福祉課
地域生活支援室長 吉野美砂子

④ 相談支援専門員・行政職員・保健師・訪問看護
師等による協働支援のあり方の検討

ア 医療依存度の高い子どもと家族への多職種
による協働支援のあり方を学ぶ事例検討会
多職種による協働支援のあり方に関する講
演と反想事例を用いての小グループ演習を行
った。
(日程、場所等)
① 12月1日(日) 13:30～17:00 流山市
② 12月7日(土) 13:30～17:00 成田市
(参加者数) ①②ともに約50名ずつ
(講師)

・千葉県教育庁葛南教育事務所
指導主事 井上みどり氏
・訪問看護ステーションあおぞら
所長 井川夏実氏
イ 山武地域における医療的ケアを要する子ども
と家族への多職種による協働支援に関する勉
励会

多職種による協働支援の必要性につい
ての講演と関係者による意見交換を行った。
(日程、場所等)
12月17日(火) 18:30～20:00 山武市内
(参加者数) 約35名
(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

⑤ 医療と福祉の連携促進の観点からの相談支援
専門員の育成支援

ア 障害児のサービス等利用計画作成について
の地域の自立支援協議会との意見交換
医療的ケアを要する障害児のサービス等利
用計画の作成を支援するため、市の自立支援
協議会にアドバイザーを派遣し、意見交換を
行った。
(日程、場所等)

・ 12月18日(水) 我孫子市役所
・ 3月12日(水) ・印西市役所
(アドバイザー)
麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

イ 医療的ケアを要する子どもと家族への相談支援専門員の役割・行動についての講演会

市川市内の相談支援専門員を対象に、医療的ケアを要する子どもと家族への相談支援に関する留意点や相談支援専門員の果たすべき役割等についての講演を行った。

(日程、場所等) 1月14日(火)
19:00～21:00 市川市内
(参加者数) 約40名
(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

ウ 医療的ケアを要する障害児のサービス等利用計画作成に携わる相談支援専門員のガイドライン

医療的ケアを要する子どもと相談支援業務を行う事業所や対応可能な相談支援専門員が不足している。

そこで、県内の相談支援専門員に対して、

- ・医療依存度の高い子どもと相談を受けるに当たり困難と感じることは何か。
- ・相談支援専門員を核に関係者間でカンファレンスを進めることの必要性について、どのような意識を持っているか。

等のアンケート調査を行い(回答数141名)、その結果を関係者にフィードバックするとともに、相談支援専門員が医療的ケアを要する子どもと障害児支援専門員が医療的ケアを要する子どもとの障害児支援利用計画(ケアプラン)を作成する際の留意事項等をまとめたガイドラインの作成に取り組んだ。

(6) 普及・啓発

① サービス活用Q&Aパンフレットの作成

医療的ケアを要する子どもや家族が社会資源を活用し、在宅生活を営めるよう支援するために、どのような医療・福祉のサービスを受けることができるのか、また、そのためにはどこに相談したらいいのかなどの基本的な事項を、Q&Aのスタイルで説明するパンフレットを作成した。

- ・ 配付部数: 5,000部
- ・ 配付先: 医療機関、行政機関、福祉サービス

事業所等

② 医療依存度の高い子どもを支えるための特別支援学校との連携

ア 特別支援学校の教員に対する講習会

医療的ケアを要する生徒の支援で配慮すべき事項について実地指導を行った。

(日程、場所等) 11月1日(水) 市川市内
(参加者数) 約40名
(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

イ 特別支援学校の校長会及び教頭会議での事業説明・意見交換

小児等在宅医療連携拠点事業の説明や教育との連携についての意見交換を行った。

(日程、場所等)

① 校長会 11月12日(火) 千葉市内
② 教頭会議 1月24日(金) 千葉市内
(参加者数)
① 校長会 34名、② 教頭会議 63名
(講師) 麒麟会 統轄マネージャー
谷口由紀子氏

千葉県障害福祉課
地域生活支援室 真崎千春

4 特に独創的又は先進的だと思われる取り組み

本県の特徴としては、障害福祉部門において、以前から重症心身障害児の支援を行ってきた強みを活かして事業展開したことがあげられる。

具体的には、以下の3点に集約される。

① 訪問看護師と相談支援専門員の2職種に焦点を当て、人材育成や多職種連携に取り組んだことである。もともと本県では、県単独で小児に対応する訪問看護師の養成を支援したり、全国トップクラスの規模(毎年度500名以上)で相談支援専門員の養成を行っている実績があり、その流れをうまく活かすことができた。

② 医療、福祉、教育、保健等の幅広い分野の専門家で構成する研究会(「障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会」「総合支援協議会」「療育支援専門部会」「総合支援協議会 相談

支援専門部会)などで意見交換を重ね、県医師会等の関連団体の協力の下、全県的に事業を展開したことである。

③ 麒麟会の統轄マネージャーのアウトリーチを通じて、地域の多職種連携の現状に応じた取り組みを行ったことである。(詳細は、5参照)

以下に、訪問看護師の育成や相談支援専門員へのコンサルテーションについての特徴点をあげる。

①訪問看護師の育成事業

・出前研修(Off-JT)

都市部での集合研修はもとより、小児訪問看護の基礎的知識・技術の付与・補充を目的に、希望のあった訪問看護ステーションに赴く出前研修を行った。

・同行訪問研修(On-JT)

小児訪問看護の充実な実践力の獲得を目的とし、他の訪問看護ステーションに所属する小児訪問看護未経験の看護師のための研修プログラムを作成し、麒麟会が運営する「きりん会若葉訪問看護ステーション」において15回のOJTを実施した。

併せて、そのプロセスやアウトカムの評価を行い、訪問看護ステーションでの人材育成に必要な要素を抽出した。

②相談支援専門員へのコンサルテーション

医療的ケアを要する子どもとの計画相談を積極的に行っている相談支援専門員も、多職種の連携の方法や職種の価値観の相違を埋める具体的方策がみつからない場合に困難を感じることが多かった。

事業所等である麒麟会の統轄マネージャーは、医療的ケアを要する子どもとのケアマネジメントを実践しており、地域での多職種連携の経験も豊富で講師の数も多かったことから、OJTを通じて、相談支援専門員の問題解決能力の向上を支援した。

5 地域の小児等在宅医療・福祉連携に最も効果があった取り組み

各地域の現状や課題に即した取り組みを行い、地域の関係者をつながりをつくる支援をしたことがあげられる。地域ごとに多職種連携の現状が異なるため、先行研究で明らかとなった連携及び傾斜の見えに係評価尺度」を活用して各地域の連携状況をアセスメント分類し、状況に応じた下記のイベントを開催した。

① 傾斜の見えに関する関係性や課題の共有が途上である地域 → シンポジウムの開催

医療・福祉双方の分野からシンポジストを選出し、それぞれの取り組みや役割・課題等の認識を共有した。

② 地域の課題をそれぞれが認識しているものの、一堂に会して課題を共有したことがない地域 → パネルディスカッション、ワールドカフェの同時開催

地域限定とし、対象地域の関係者の顔の見える関係づくりと課題の共有を同時に行った。

開催後、「今まで個々で課題に奮闘してきたが、これら他職種に相談する際の垣根が低くなった。」と参加者から評価された。

③ 地域の課題を共有し、連携も実践しているが、連携方法の要点的理解や技術の向上を図り、より良い連携を目指すとする地域

→ 地域限定の事例検討会の開催

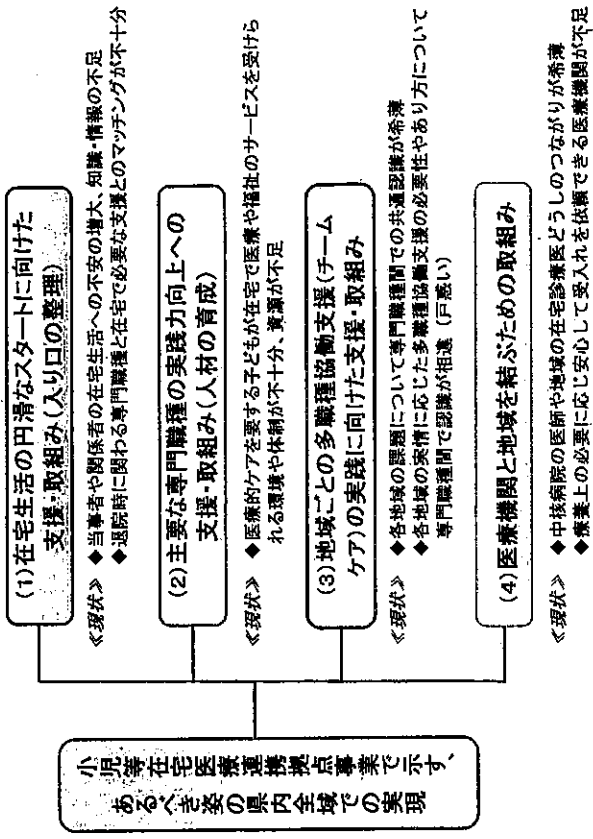
当該地域の専門職(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・特別支援学校教諭・行政・療育機関職員・福祉事業所職員等)が1グループ4～5人で構成されるように編成し、小児在宅の仮想事例をもとに、あるべき多職種連携を疑似体験し、実践力の向上を図った。

研修満足度は85%以上で、地域限定のため、その後の具体的な連携促進に貢献できると参加者から高い評価を受けた。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

市町村の行政職員、保健師等に対する研修では、各職種に期待する役割を必ずしも十分に伝え

1 小児等在宅医療における連携上の課題(事業タスクに応じた課題)



2 連携上の課題に対応するための千葉県の活動計画

《連携上の課題》

《平成25年度の取組み》

(1) 在宅生活の円滑なスタートに向けた支援・取組み(入りの整理)

- ① 当事者・家族等への相談支援の提供
- ② 「つながるマップ」(Web上の資源情報)の作成
- ③ サービス活用Q&A/パンフレットの作成・配付
- ④ 行政・保健師への研修会の開催

(2) 主要な専門職種の実践力向上への支援・取組み(人材の育成)

- ① 訪問看護師の育成研修
- ② 相談支援専門員のサービス等利用計画のガイドライン作成
- ③ 相談支援専門員の役割認識を高める研修

(3) 地域ごとの多職種協働支援(チームケア)の実践に向けた支援・取組み

- ① シンポジウム、ワールドカフェ等の開催
- ② 多職種による協議支援事例検討会の開催
- ③ 特別支援学校の校長会等との連携・意見交換
- ④ 行政・保健師への研修会の開催(再掲)

(4) 医療機関と地域を結ぶための取組み

- ① 在宅医療に実績や関心を持つ医師による実践報告会の開催
- ② 医療機関における一時受入れの支援

医療・福祉・行政等のバランスのとれた取組み！

ることができたとはいえなかった。次年度は、それぞ
れの役割を明快に伝え、役割遂行に必要な知識の
補充ができる研修を企画したい。

また、今後、さらに以下の点に留意した事業展開
を検討する必要があると考えている。

- ① 在宅医療に関わる医師のネットワーク強化や
増加
- ② 教育との連携強化(特別支援学校の現場サ
イドとの連携)
- ③ 小児に関し各医療圏のリーダー的存在として
活動できる相談支援専門員の育成

7 これから小児等在宅医療に取り組む拠点に対する
アドバイス

県内の各地域が抱えている課題に応じた事業を
展開することが有効であるが、課題の把握はアウトリ
ーチによって初めて可能となることから、まずは、ア
ウトリーチを通じて地域の状況を把握できる人材の
確保が必要である。

また、人材育成の面では、医療的ケアを要する子
どもの在宅生活を支えるためのコーディネーター的
役割をどの専門職が担うのかという議論があり、多く
の関係者が、訪問看護師や相談支援専門員にその
役割を期待していることから、これらの職種の育成を
重視した取組みを行うことが必要である。

それと同時に、訪問看護師も相談支援専門員も
利用者が事業所を活用しなければ出会わない職種
であり、現状では利用者自身が限られており、子ど
もや家族はまず市町村の行政の相談窓口足を運
ぶところからスタートすることが多いことから、行政職
員の意識向上や育成も鍵となると考える。

参考文献

- 1) 堀井小紀子:在宅医療連携拠点事業の成果と展
望、訪問看護と介護、16-23,1,2014.

3 平成25年度に実際に行った取組みと得られた効果

(2) 主要な専門職種の実践力向上への支援・取組み(人材の育成)

① 訪問看護師の育成研修

ア 新規に小児等訪問看護を訪問看護ステーションへの研修、支援(4件/半年)

・ 出前研修 1コース 5日

※ 要望を受けて、県内各地へ出向いて研修を実施

・ 同行訪問研修 1コース 15日

イ 経験のある訪問看護ステーションへのコンサルテーション(3件/半年)



チャット

② 相談支援専門員のサービス等利用計画のガイドライン作成

相談支援専門員を対象に実施したアンケート結果(回答数 約140名)を踏まえ、サービス等利用計画作成にあたって参考となるガイドラインを作成(現在、進行中)

③ 相談支援専門員の役割認識を高めるための研修(40名)

医療的ケアを要する子どもと家族への相談支援に関する留意点や相談支援専門員の果たすべき役割等についての講演

3

4 特徴的な取組み、先進的な取組み

特徴: 障害福祉部門において以前から重症心身障害児の支援を行ってきた強みを活かしたこと

具体的には...

① 担い手の要として、医療分野の「訪問看護師」、福祉分野の「相談支援専門員」の両方に焦点を当て、バランスの取れた人材育成や多職種連携に取り組んだ。

★ 平成23年度から、県単独で「障害児等支援訪問看護センター事業」(小児等を対象とした訪問看護師の養成支援)を実施した実績あり。

★ 全国トップクラスの規模(毎年度500名以上)での相談支援専門員の育成と、資質向上のための研修を実施している実績あり。

② 医療、福祉、教育、保健等の幅広い分野の専門家で構成する研究会や、医師会、看護協会等の関連団体の協力の下で、全県的に事業を展開した。

★ 「在宅医療・訪問看護研究会」「千葉県総合支援協議会 療育支援部会」

「千葉県総合支援協議会 相談支援部会」を通じて、計12回の意見交換。

★ 周知・広報に当たり、県医師会、県看護協会、県訪問看護ステーション連絡協議会等の全面協力あり。

-40-

【2-③: 新田クリニック】

2. 日常の療養生活の支援

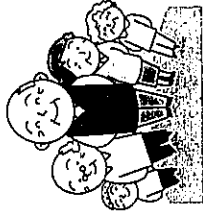
- ・ 地域包括支援センターや介護関係者等から在宅医療に関する相談を受け、必要な調整や助言を行う相談窓口を設けている事例

- ・平成23年度よりつくし会にて「在宅療養何でも相談窓口」を開設(市の委託)。
 - ・当初の相談件数は9ヶ月で41件で、ほとんどが地域の認知症患者に関する相談だった。
 - ・平成26年度より、近隣の病院の医療連携室に勤めていた看護師を相談窓口に配置した。
- ⇒ 相談件数は6ヶ月で95件と増加。
- ・病院との間に顔の見える関係が構築され、病院からの退院支援が進み、病院を退院して在宅医療を受ける患者は16名に上った(平成26年度)。



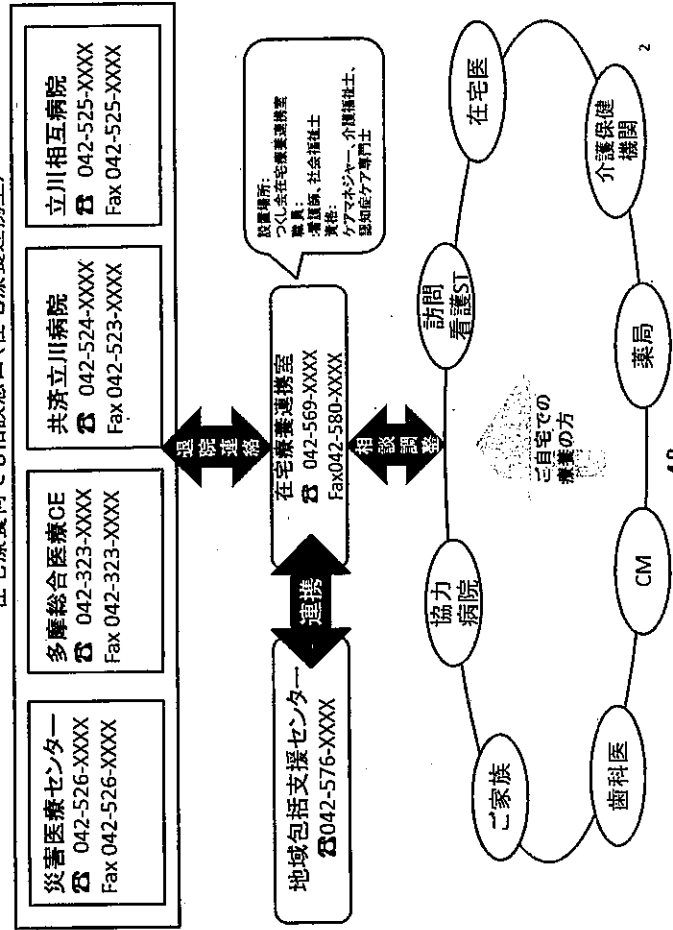
1

- ・市の高齢者支援課が在宅医療を担当するようになった。
- ・在宅医療・介護連携のための相談窓口を設置した。
- ・地域ケア会議ワーキンググループを通してケアマネの在宅医療への理解が促進した。
- ・在宅療養支援診療所は3ヶ所⇒6ヶ所(うち3ヶ所は連携機能強化型)、訪問看護ステーションは3ヶ所⇒6ヶ所に増加。
- ・市が開く在宅医療推進協議会で施策の協議が可能となった。
- ・病院から退院して在宅療養を必要とする患者の情報は、適切に相談窓口へ入るようになった。
- ・在宅療養患者の困難事例については、地域包括支援センターが把握してきめ細かい対応を行うことにより、患者と家族の満足につながった。



3

在宅療養何でも相談窓口(在宅療養連携室)



在宅医療連携拠点事業成果報告

【2-④,4-④：鶴岡地区医師会】

拠点事業者名：一般社団法人鶴岡地区医師会

2. 日常の療養生活の支援

- ・ 医療機関の診療情報を地域の関係者と共有したり、医療・介護関係者が情報共有するための ICT を導入している事例

4. 看取り

- ・ 患者や家族に対して、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供を実施している事例

- 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について
当地区は、2008 年から 3 年間、国によるがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) を受託し、地域における緩和ケアの普及を目指し、多岐にわたる活動を行った。OPTIM は、全国から 4 か所が選定されたが、当地区は緩和ケアに関しては整備が進んでいない地域として選ばれ、国立がんセンター中央病院の支援を受けながらの介入研究が進められた。
OPTIM は、当地区における在宅医療の転機となる重大な事業となった。教育、市民啓発、医療連携、専門緩和ケアという 4 つのワーキンググループ(WG)が設置され、また、その頃から数多くの職種毎あるいは職種横断的な会が立ち上り活動を開始した。OPTIM の効果として、それまで行われていなかった多職種による退院カンファレンスが実施されるようになり、スクラップ研修会、症例検討会、キャンサーボード、医療と介護の研修会など数多くの学びの場や顔の見える関係を目指した活動が行われたりするようになった。このような OPTIM の 3 年間にわたる活動が、当地区の在宅医療の基盤となっているが、その最大の成果は、当地区に多職種間の顔の見える関係が広がったことだと考えている。一方で、さまざまな活動を行ってきたものの、在宅医療に関してはまだまだ課題も山積しているのが現状である。
在宅医療連携拠点事業室(ほたる)は、OPTIM で活動の延長線上にあるもので、既存の活動を基盤に課題を抽出し、それを解決するための取り組みを行ってきた。
以下、おもな課題と方針である。
課題1: 訪問看護のマンパワー不足
方針: アンケートによる役割の見直し、薬剤師の在宅訪問服薬指導の推進
- 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について
当地区は、2008 年から 3 年間、国によるがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) を受託し、地域における緩和ケアの普及を目指し、多岐にわたる活動を行った。OPTIM は、全国から 4 か所が選定されたが、当地区は緩和ケアに関しては整備が進んでいない地域として選ばれ、国立がんセンター中央病院の支援を受けながらの介入研究が進められた。
OPTIM は、当地区における在宅医療の転機となる重大な事業となった。教育、市民啓発、医療連携、専門緩和ケアという 4 つのワーキンググループ(WG)が設置され、また、その頃から数多くの職種毎あるいは職種横断的な会が立ち上り活動を開始した。OPTIM の効果として、それまで行われていなかった多職種による退院カンファレンスが実施されるようになり、スクラップ研修会、症例検討会、キャンサーボード、医療と介護の研修会など数多くの学びの場や顔の見える関係を目指した活動が行われたりするようになった。このような OPTIM の 3 年間にわたる活動が、当地区の在宅医療の基盤となっているが、その最大の成果は、当地区に多職種間の顔の見える関係が広がったことだと考えている。一方で、さまざまな活動を行ってきたものの、在宅医療に関してはまだまだ課題も山積しているのが現状である。
在宅医療連携拠点事業室(ほたる)は、OPTIM で活動の延長線上にあるもので、既存の活動を基盤に課題を抽出し、それを解決するための取り組みを行ってきた。
以下、おもな課題と方針である。
課題1: 訪問看護のマンパワー不足
方針: アンケートによる役割の見直し、薬剤師の在宅訪問服薬指導の推進

- 課題2: 歯科との連携不足
方針: 鶴岡地区歯科医師会とのマンツーマンミーティングを通して、歯科の相談窓口の設置、脳卒中地域連携パスに口腔ケアアセスメントの組み込み
課題3: 地域電子カルテ Net4U が、とくに介護系で活用されていない
方針: ケアマネジャーの利用を促進する

- 2 拠点事業の立ち上げについて
当地区の拠点事業は、2 年目となる継続事業であるため、基本的には看護師 1 名、相談員 1 名、事務 1 名という 3 名体制のまま移行した。1 年目の人選に当たっては、在宅医療連携拠点事業の担当理事を決め、その担当理事が医師会の OB や現職、あるいは市立病院職員などと交渉し、適切な人材を雇出した。なお、2 年目は医師会内の組織を見直し、総務課の中に地域連携係という新たな部署を設け、係長を置くとともに、その下に在宅医療連携拠点事業室(ほたる)を位置付けた。なお、事業の運用費は、医師会の一般会計のなかで扱っている。

- 3 拠点事業での取り組みについて
(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
●在宅医療地域資源マップの作成
病院、診療所、歯科診療所、薬局、介護サービス障がい福祉サービスの情報を集約しホームページ上に掲載。
《病院、診療所》
以前 OPTIM で収集した情報を活用。
《歯科診療所・薬局》
東北厚生局で公表している歯科診療所・薬局の情報と、鶴岡地区歯科医師会(以下、歯科医師会とする。)で把握している訪問歯科診療を実施している歯科診療所の情報、鶴岡地区薬剤師会(以下、薬剤師

会とす。)で実施している薬局へのアンケート調査(さらに在宅医療に特化する情報となるべく、訪問の範囲などの項目を追加していただいた)の結果を整備し掲載した。

《介護系サービス、障がい福祉サービス》

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(工夫した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(工夫した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

●医療依存度の高い方の施設受入れ情報

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(別添資料 No.1-1、1-2)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

く必要があると感じた。

(工夫した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(苦労した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

●在宅療養者支援のための連携シート

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

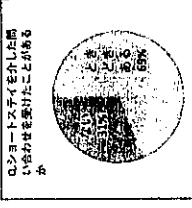
●短期入所の空き情報提供の充実

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(別添資料 No.2-1、2-2)

(工夫した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。



(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

●行政とのミーティング

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

●歯科医師会とのミーティング

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

<効果>

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。



●薬剤師会とのミーティング

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

●意見交換会

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(別添資料 No.3)

(3) 研修の実施

●多職種対象研修会(年4回)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

(工夫した点)

・調査対象が189事業所と多く、また当該地域の範囲外となる広域な地域の事業所を調査対象としたため、活動の周知が難しく、催促しないと返信が来ない、または催促しても返信がない状況で、回収率があがらなかった。

・エンゼルケアをテーマとした研修会では、参加者をモデルにエンゼルメイクの実技を取り入れた。アンケートより、楽しく学ぶことができ、分かりやすかったのを実技に活かせると大変好評であった。

・メーカー展示コーナーを設け、研修会のテーマに関する医療・福祉用具等について担当者より直接説明を受け、体験できる機会を設けた。



●医療と介護の連携研修会(年2回)

- ・第1回 8月2日 181名
- ・第2回 11月22日 137名

退院後の生活を支える多職種が、それぞれの役割を知ること、スムーズな連携に繋がるための目的で、サービス提供事業所からの事例をもとに実情と課題を共有しながら、多職種でのグループワークを行った。介護関係者から医療関係者に対する意見や要望なども聞かれ、相互理解と顔の見える関係づくりに繋がっていると感ぜられる。

(課題)

- ・拠点事業主体が医師会であるにも関わらず、研修会へ参加する医師が少ない。



(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

●南庄内在宅医療を考える会

- ・第1回 5月21日 (29名)
「診療報酬改定について」
- ・第2回 10月15日 (22名)
「地域での看取りについて医師のみで考える」
- ・第3回 3月26日 (14名)
「在宅医療での主治医不在時の支え合いグループの構築」

主に医師を対象とし、病院勤務医、診療所医師、行政担当医で、在宅医療に関するグループワークやデイスカッションを行った。また、主治医不在時のバックアップ体制として、会に参加した診療所医師11名による、支え合いグループを構築した。

(工夫した点)

- ・支え合いグループにコーディネーターを3名設置し、主治医不在時のバックアップ医が円滑に決まるようにサポート体制を整えた。



●薬局の24時間体制の構築

薬剤師会で毎年実施している訪問服薬指導の実

施に関してのアンケート調査の内容に、時間外の対応・連絡先などの項目を追加した。時間外の対応については56カ所中3カ所が対応可能、25カ所が応相談となっている。この結果を踏まえ、薬局の24時間体制について薬剤師会とのミーティングで検討していく。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

●総合相談窓口

昨年度に引き続き、医療・介護従事者からの相談に対応するべく拠点に総合相談窓口を設置した。今年度は74件中、地域包括支援センターから3件、居宅介護支援事業所から32件の相談があった。内容はショートステイ、レスパイト、介護施設、訪問診療を実施している医療機関の情報提供を求めているものが多い。他に相談支援のアドバイス等を実施した。末期がん患者、難病患者、認知症の患者など、医療・介護量の多い方についての相談が大半を占めている。対応する資源が不足しているために集結しない相談もあったが、情報提供や各関連施設への連絡・調整は、地域資源情報を集約して持ち合わせていることと、今までの活動を通して顔の見える関係が構築されてきているため、スムーズに行うことができた。

(工夫した点)

- ・拠点内での情報共有、課題抽出を行うため相談のデータベースを構築した。

●居宅介護支援事業所での出張勉強会開催(アウトリーチ)

ある居宅介護支援事業所のケアマネジャーの相談をきっかけに、大きな研修会などなかなか聞きづらいなどの意見があり、居宅介護支援事業所単位に個別で出張勉強会(アウトリーチ)を検討し、平成24年9月14日居宅介護支援事業所に看護師と相談員が出向き勉強会を開催した。

- ・基礎資格が介護職のケアマネジャーは医療に弱い
- ため、医療サービスに繋がらないということはケアマネジヤントをするうえで大きな不安を抱えている。

・ケアマネジャーを対象にした研修会は多数行われて

いるが、「大きい規模ではなかなか聞けないこと」を聞ける小規模な勉強会を開催してほしいという希望を叶えてくれる所があることは、とても心強い。

という意見を参加者からいただいた。拠点としても、その居宅介護支援事業所が担当している地域独自の課題などを直接把握できたことは、地域性などを鑑みて介入する必要があると認識するきっかけにもなり、とても意義のあることであった。また、地域の居宅介護支援事業所全体に対して、拠点で出張勉強会を実施していることを周知するため、平成25年2月7日から居宅介護支援事業所訪問を実施した。38事業所中23事業所に訪問し、その他は周知文書を送付した。

(工夫した点)

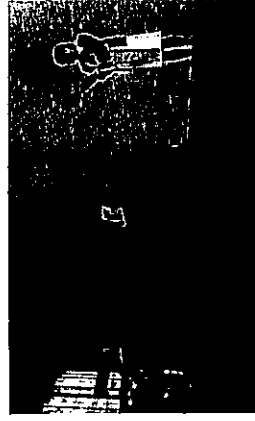
- ・事前にアンケート調査を実施し、聞きたいこと、学びたいことを把握し、その内容に応じて障がいに関しては市の福祉課担当者、在宅医療については訪問看護師に聞き取り、情報を収集した。

●地域包括支援センターへの活動支援

地域包括支援センターが開催する、地域ケア推進担当者会議に参加し、情報提供等の活動支援を行った。また、地域で開催されている各種会にも一緒に参加し、地域住民への拠点の周知、在宅医療の普及啓発、医療的助言、相談対応を通して、地域包括支援センターとの良好な関係を構築することができた。また、小学校区など小さな地域特有の課題も把握することができ、拠点としても意義のある活動であった。

(苦労した点)

- 多くの地域包括支援センターに関わり広域に活動を展開させたかったが、なかなか理解が得られず1事業所のみへの介入で終わってしまった。



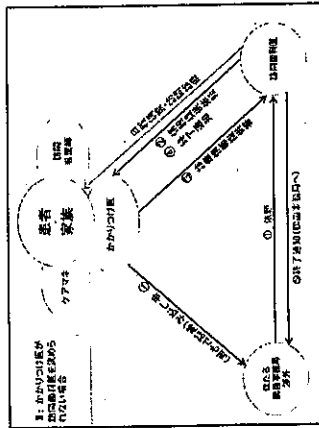


(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パ
スの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の
連絡様式・方法の統一など)

●訪問歯科診療の申込書の様式作成

訪問歯科診療の相談窓口を拠点に設置し、歯科医
師会と拠点と協働で訪問歯科診療の申し込み様式、
フローチャートを作成した。訪問歯科診療の申込書は
拠点のホームページにも掲載し、ダウンロード出来る
ようにしている。

(別添資料 No.4)



●在宅ITパス

家族、介護従事者、医療従事者が一体となって在
宅高齢者を支えることで、安心して暮らせる地域社会
の実現を目的に、在宅高齢者の健康な生活を見守る
インターネットを利用した情報共有ツール「Note4U」を
構築した。高い体温が続いたり、食事の摂取量が少
なくなったり、状態に注意すべき変化があった場合に、
在宅高齢者を見守る医療者や介護者に連絡が通知

される「在宅高齢者見守り機能」、患者・家族・ヘルパ
ー・ケアマネジャー等が相互に連絡するためのツー
ルである連絡ノートはWEB上で利用することができる
[WEB 連絡ノート機能]、かかりつけ医が地域電子カ
ルテ「Net4U」を利用している場合、処方したお薬情
報や検査結果を参照することができる「お薬手帳
機能」の3つの機能を備えている。

(7) 地域住民への普及・啓発

●リーフレットとニュースレターの発行

《リーフレット》

地域住民向けに4,000部作成した。拠点の活動へ
の理解と、相談窓口を気軽に利用していただけるよう
地域住民にも分かりやすい内容とした。

《ニュースレター》

在宅医療に関する情報発信、拠点の活動報告や
案内を目的とし、年3回各450部ずつ発行した。行政
機関等、人の出入りが多い場所や、入所者や家族の
目にとまるよう各施設に設置を依頼した。

(工夫した点)

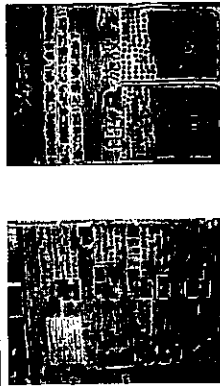
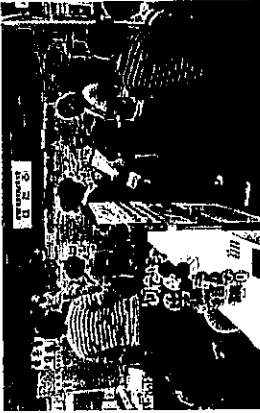
・地域で開催される様々な会に積極的に参加し、リー
フレットとニュースレターを配布して、説明する時間を
設けていただき直接PRを行った。
・ホームページにも掲載した。

●地域住民向け企画への積極的参加

市主催「市民健康のつどい」には、在宅医療をより身
近に感じてもらえるようなポスターを手作りし展示した。
閲覧後に、「展示をご覧になり、自分や家族がもし病
気になったら、どこで過ごしたい(過ごさせたい)と思
いますか」というアンケート調査を実施したところ、自宅
133名・施設73名との回答が得られ、ポスターを見て
初めて知ることが多く、今後の参考になるので良かつ
たとの声も多く聞くことが出来た。

(工夫した点)

・行政や包括と一緒に、寸劇・出張相談・医療的助
言を行ったことで、拠点の周知と在宅医療の普及啓
発だけでなく、地域住民からの声を直接聞くことがで
きた。地域住民への普及啓発には、行政の理解と協
力を得ることが非常に有効であると感じている。



●相談窓口の対象を地域住民向けに拡大

医療・介護従事者向けとしていた相談窓口業務の
対象を、地域住民にも拡大した。リーフレットや参加し
た会等で周知したが、地域住民からの相談は10件に
とどまっている。

4 特に独創的だと思ふ取り組み

●訪問歯科診療相談窓口の設置

歯科医へ繋ぐ窓口がない、医科と歯科との繋がりが
ないという課題から、口腔ケア提供体制の構築に
向け訪問歯科診療の相談窓口を拠点に設置し、訪
問歯科診療のフローチャートを作成した。医師、訪
問看護師、ケアマネジャーへの相談窓口、フローチ
ャートの説明を継続してきたが、拠点を介した訪問
歯科診療の申込み件数は17件となっている。平成
25年1月までは9件と伸び悩んでいたが、2月から
居宅介護支援事業所へ個別訪問し再周知したとこ
ろ、その後件数が増加している。また、患者や患者
家族からの口腔ケア等についての理解が得られにく
いという課題も表出し、来年度への活動に繋げてい
く必要がある。

●回復期病院内入院する脳卒中患者への歯科介入

平成24年10月より、回復期病院内入院する脳卒

中バス患者に対し、看護師がチェックシートを用いた
歯科のスクリーニングを行い、治療や口腔ケアが必要
な患者の早期発見と訪問歯科診療を実施するシステ
ムを歯科医師会と構築した。回復期病院と歯科医師
会との話し合いも年7回開催され、スクリーニングシ
ートの作成や、歯科介入の経過報告、課題や情報の共
有を行った。

●訪問看護師へのアンケート調査

訪問看護のマンパワー不足という課題に対し、地域
全体における訪問看護師の本来業務・役割の見直
しを行い、負担を軽減する対策を講じる目的で、以下
の通りアンケート調査を実施した。

・第1回 8月実施

対象:訪問看護ステーションに勤務する看護師21名

・第2回 10月実施

対象:訪問看護ステーション2事業所

アンケート調査により、事務的業務の負担と薬剤師と
の連携不足が課題として抽出された。対策として、薬
剤師会との話し合いの場を設定し、抽出された課題
の確認や情報共有、在宅医療においてそれぞれが
担うべき役割等について検討していくこととなった。

(課題)

・アンケート調査を2回実施したものの、薬剤師会との
話し合いの場は設定できたが、カルテ・看護記録の重
複による業務負担への具体的な対策を講じるに至ら
なかった。

(別添資料 No.5-1、5-2)

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取
り組み

・居宅介護支援事業所での出張勉強会開催(7月
リリース)

3の(6)にも記載したが、拠点としても、その居宅介
護支援事業所が担当している地域独自の課題などを
直接問い、把握できたことは、地域性などを鑑みて介入
する必要があると認識するきっかけとなり、とても意義
のあることであった。

【2-⑤：宇部協立病院】

2. 日常の療養生活の支援

- ・ 災害時対応を想定した在宅人工呼吸器患者のリスト作成
- をしてしている事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療生協健文会 宇部協立病院

んらかの成果をあげるには、①大きなシステムの変
更などではなく、できるだけ現行のシステムを利用し
て、②継続性のある具体的なテーマを設定することが
重要であった。また、③これまでも実施されてきた宇
部市医師会の地域活動や職種間の連携の活動と重
複せず、むしろ、その機会を捉えて拠点として積極的
に参加し歩調を合わせるよう努力した。

①に関して、宇部市では、保健・医療・福祉・サービ
ス提供に関わる諸問題を多職種代表者と行政担当者で
検討する会議を月例で開催している。これには、全市
を5つのブロックに分けて各ブロックレベルで開催する
「ブロック会議」と全市レベルで開催する「保健・福祉・
医療・サービス調整推進会議」があり、前者での討議内
容は後者において報告される。今年度、当院は「南部
ブロック会議」(南部＝当院が所属する地域)と「保健・
福祉・医療・サービス調整推進会議」のメンバーとして
登録された。これらの会議システムを利用し、会議で
の討議、各代表者・各職種協議会・行政担当者への
働きかけをとおして、課題の抽出、その課題への従来
からの取り組みについての情報収集、拠点事業推進
への協力関係形成を行なう方針とした。

②に関して、拠点事業開始時に、継続性のある具体
的テーマとして特に取り組むべきと考えていたものに、
在宅医療を行う診療所・病棟のグループ化と継続性
のある災害対策があげられる。

③に関して、宇部市医師会では、2年前から、当院
もそのメンバーである「地域連携推進懇談会」(分科会
において緩和ケア地域連携バスを開発、推進して
いる。また、今年度から「地域医療連携情報システム」
の導入(IT化)を進めており、その一部に「医療・介護
施設情報参照システム」の推進があり、拠点事業とも
関連が深い。

2 拠点事業の立ち上げについて

まず、当院が平成24年度在宅医療連携拠点事業
者として採用されたことを、宇部市、宇部市医師会、

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取 組み方針について

1) 拠点事業の対象地域と医療状況：宇部協立病
院の行なう拠点事業の対象地域である宇部市(全
域)は、総人口174,674人で、高齢化率25.5%は全
国平均と山口県平均の中間にあたる。人口1万あた
り病床数224(山口県209、全国142)、人口10万あ
たり在宅療養支援診療所届出数14.9(山口県9.4、
全国10.1)と、一見、入院医療、在宅医療の“充足
地域”に見えるが、むしろ、人口10万あたり訪問看
護事業所4.6(山口県8.5、全国6.8)という数字が、
在宅医療普及の実態(資源不足あるいは偏在)をあ
らわしていると思われる。

2) 宇部市の在宅医療・介護が抱える課題：在宅療
養支援病院として訪問診療など在宅医療活動を行
う当院での経験から、①医科・歯科診療所や保険薬
局、それぞれの事業所のあいだに、在宅医療への
取り組みに“温度差”があり、在宅医療に積極的な
医療機関・事業所が点在している、②病院スタッフと
在宅医療スタッフ間に“温度差”があり、多くの病院
スタッフは、紹介した患者の在宅での様子や“在宅
医療で何が可能か”を知らない、③医療職と介護職
の間に“バリア”が存在し、在宅療養支援にあたって
十分な情報共有や意見交換が行われていない、と
いった課題が予想された。このことは、多職種代表
者会議での討議や各職種代表者との面談、各職種
協議会をつうじて(後述)浮き彫りになった。もちろん、
在宅職種それぞれの抱える重要な課題もあるが
(例：訪問看護師、ヘルパー不足による現場スタッフ
への休日夜間体制の負担)、今年度は、連携に直
接関連した課題である、医療のなかに存在する“温
度差”・医療と介護の間の“バリア”の解消に最優先
で取り組んだ。

3) 取り組み方針：一医療機関が単年度事業でな

市内の病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、その他の介護事業所に書面で通知した。これに対して、宇都市医師会から当事業への協力者と、在宅医療担当理事を紹介された。宇都市からは、地域医療対策室室長補佐(室長は宇都市市長)が当事業の協力部署となる旨の提案があり応諾した。これら2者が当事業展開のキーパーソンであり、取り組み方針で述べた「現行(会議)システムの利用」、「医師会の地域活動への拠点としての参加」などは、これら2者の協力で達成できたと云える。

拠点事業を推進する院内体制は、地域連携在宅医療科スタッフを中心に構築した。地域連携在宅医療科科長でもある副院長(立石)をリーダー(事業担当者)として、これを師長(下瀬)、在宅専任看護師(三隅)、当事業担当職員(吉村)が支えた。三隅、吉村はケアマネジャー資格を持つ看護師である。事務課からは在宅事務を担当している主任(三隅)が協力した。これらに当事業会計を担当する事務長(梁谷)、看護部長(三隅)を加えた7名が2週間ごとに院内会議を持ち、それぞれの分担作業の進行状況を報告し、その後の取り組みについて協議した。病院、診療所や医療職対象の業務はおもに下瀬、三隅、三隅が、介護事業所や介護福祉職対象の業務はおもに吉村が担当した。地域訪問は吉村が担当したが、在宅医療を行う診療所・病院のグループ化のため地域の診療所を訪問する際、当科前師長(来嶋)がボランティアで吉村を補佐した。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
関係者が利用しやすい形で地域の医療・福祉資源の情報公開にむけて、立石と吉村が在宅各職種代表者面談を行った。同時に拠点事業の説明と各職種の抱える個別の課題、多職種連携上の課題について意見を聴取した。面談は8月から10月の計10回におよび、基本的に情報公開の承諾をえた(各職種の課題とともに図表1に示す)。

各医療機関・事業所の在宅活動の内容の公開についてであるが、宇都市医師会では2年前に「医療・福祉情報ネットワーク誌」(病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設の個別の在宅活動について掲載、

CD-ROM 同封;資料1)を更新し、今年度から2年計画で「医療・介護施設情報参照システム」を推進している(前述)。当院もこの両者と積極的に関わっており、医師会と歩調を合わせることにした。今年度は、①現時点での在宅医療機関・介護事業所の分布(マップ)を当院ホームページに公開し、②個別の在宅活動の内容は、資料1でカバーできていない職種、最近急速に普及している、あるいはサービス内容が変化している業種について今回調査し公開することとした(図表2)。このため吉村が市内全域(訪問入浴については近隣市町も)対象事業所を戸別訪問した。情報公開の成果を詳細には検討していないが、当院ホームページへのアクセス数は2012年6～12月の月平均6511件からと2013年1～3月の月平均7444件に増加している。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

まず、保健・医療・福祉・福祉サービス調整推進会議の記録を図表3に示す。拠点事業所は所属する南部ブロック会議(10月、11月)において「在宅人工呼吸患者の災害時対策」の必要性と方策について提案し、全市レベルでの会議(10月、11月)においても同会議として議論を進めた。事前に、宇都市関連部署や健康福祉センターとも協議し、継続性のある災害対策を講じることができた。また、2月度には拠点事業報告を行った。

医療機関管理者までも含む「顔の見える」多職種連携会議の定期開催は実施できなかった。これに代わるものとして、地域基幹病院において、管理者・管理部長にも呼びかけた「在宅医療報告会」を実施した。この会議は、紹介を受けた患者の在宅での経過をとおして在宅医療の実態を知ってもらったうえで、病院と在宅の連携の推進について意見交換するものである。なるべく多職種、病棟からも外来から、そして管理者・管理者の参加を要請した。10/22、12/19に2箇所の基幹病院で開催し、病院側は62名の参加(院長・副院長など管理部長11名、医師13名、看護師22名、連携室・MSW8名、その他8名)、在宅側は10名の参加(在宅医2名、訪問看護ステーション協議会3名、拠点5名)があった。在宅で可能ながんの治療(例;ゾマ

タ、リュープリンなど)に関して病院医の認識を深めるよい機会となったと同時に、外来化学療法中からの病院医と在宅医の併診や訪問看護を受け通院している患者での外来主治医・看護師と訪問看護師の連携の提案があり検討を継続している。

また、拠点として訪問看護ステーション所長会議(9/19開催、18事業所参加)、訪問介護事業所連絡会(9/21開催、19事業所参加)に参加し、アンケート調査もまじえて、職種別の課題、連携上の課題について意見交換した。結果を図表4に示す。個別の課題として、①複数訪問看護ステーションで関わる利用者数の増加と、その場合のメイン・サブステーションの役割分担についての課題、②通所サービス時間延長やサービス付高齢者住宅の増加で訪問介護、とくに身体介護の依頼の減少、③ヘルパーの定着率の低下、などが抽出された。一方、連携の課題としては、①訪問看護師が情報交換を必要と考えている職種として、ケアマネジャー、病院外来看護師(連絡窓口)たいが不明)があること、②訪問看護師はケアマネジャーやヘルパーには、もっと医療のことを知ってほしいと考えていること、③逆に、ヘルパー(そして図表1によればケアマネジャーも)も、わかりやすい形で医療知識を得たいと考えていること、④日常介護の現場での医療職との情報共有のあり方に悩んでいること、などが抽出された。

(3) 研修の実施

図表1と図表4に示された各職種の意見を多職種研修のニーズとして捉え、研修を企画・実施した。

①まず、薬剤師会から出された「訪問薬剤指導をもっと利用してもらい、より積極的に在宅医療に関わりたい」という意見を起点に、ケアマネジャーや連携室看護師・MSWが中心となって昨年から地域で実施されている「顔の見える連携交流会」事務局に多職種研修を申し入れた。その結果、11/10に開催された交流会において、薬剤師会の在宅委員と拠点担当者(立石)から、「保険薬局の薬剤師の関わりで、家族・在宅スタッフへの医薬品情報提供や服薬状況把握(オビセイ)のレスキューなど」がうまいきき、がんの病期に応じた薬物療法が可能となった在宅患者」症事例報告した。参加者は67名(MSW15名、連携室Ns12名、ケアマ

ネ12名、訪問看護師10名、保健師4名、薬剤師2名、医師2名)であった。事例紹介の後、KI法を用いたグループ討議を行い、終了時アンケートを実施した(図表5、6参照)。

②次に、拠点が訪問看護ステーション協議会支部に講師派遣を依頼し、訪問介護事業所連絡会ヘルパーを対象に、「介護にやくだつ医療のはなし」というタイトルの勉強会を企画し12/10実施した。ヘルパー23名、ケアマネジャー23名が参加した。内容は、①「緩和ケアってどういうケア?」(拠点内科医でPEACE指導者担当)、②「つらい気持ちのある方への対応」(拠点精神科医担当)、③「訪問看護師が選んだ」連絡してほしい状態”ザ・ベストテン”(訪問看護ステーション協議会からの講師担当)であり、PEACEプロジェクトのDVDなどを用いて、できるだけ双方向性の講義をこころがけた。実施後のアンケートからは、“医療職からの視点が変わる貴重な機会であった”、“医療の専門用語を使わない研修でよかった”、“緩和ケアのとらえ方(暗いイメージ)が変わった”、“(無力感を共有)、(辛さをみんなで受けとめる)など、ターミナル期にある患者さんのケアマネジメントについての講習会への協力依頼があり、企画を請け負った。拠点からはすでに柏市での多職種連携研修の見学に4名を派遣していたので、計3回の企画会議を経て、この講習会も多職種による退院前カンファレンス(ロールプレイ)の形で行うこととした。そのため、拠点スタッフ4名、当院病棟看護師2名、医師1名、山口大学病院医師1名、訪問看護ステーション職員2名のボランティアでの協力を得た。ケアマネジャー32名を3グループに分け、各グループに、連携室看護師役、主治医役、病棟看護師役、訪問看護師役、家族役を配置し、これに研修を受けるケアマネが加わる形をとり、ケアプランをプロダクトとしてグループ討議→全体討議→講義”緩和ケアってどういうケア”を実施した(3/16)。その際のシナリオ、講義資料を図表7、8に示す。研修後のアンケートでは、他職種のみならず他のケアマネの対応方法がわかり、非常

に参考となったという意見が多かった。

④当院は、昨年度から、宇部市と山口大学の依頼を受け、社会医学課題実習「宇部市におけるガンの在宅緩和ケアの現状調査」に協力しているが、今年度は拠点担当者がこれを実施した。1/17、山口大学医学部学生8名を対象に、まず、患者宅に同行訪問し、続いて、緩和ケア概論(PEACEプロジェクトDVDを活用)講義形式で実習課題に関する助言指導を実施した。

⑤拠点事業としての講習ではないが、拠点事業担当者(立石)、事務局(下瀬)を担当している研究会活動に「宇部市地域緩和ケア研究会」(年2回の講演会、月例の勉強会)がある。7/7開催の講演会には、「緩和ケアチーム」、「在宅緩和ケアチーム」、「がん緩和ハビリテーション」(千葉県立保健医療大学 安部能成 先生)をテーマに、12/1開催の講演会では、「在宅医療連携拠点事業」(拠点が発表)、「リンパ浮腫」、「どんな私たちがあれば良い 援助者になれるのか?」(めぐみ在宅リニソング 小澤竹俊 先生)をテーマに行われ、のべ325名の参加(病院看護師136名、訪問看護師55名、医師24名、ケアマネ・介護職44名など)があった。月例勉強会は、「在宅医療と緩和ケア病棟の連携」、「緩和ケアで出会うせん妄」、「施設、居住系でのがん療養支援」などをテーマに開催され、のべ376名(病院看護師189名、訪問看護師41名、医師51名、ケアマネ・介護職40名など)の参加があった。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

在宅療養支援病院である当院が行う拠点事業において、在宅医療を担う診療所・病院のグループ形成は、中心的な課題の一つと考えられた。例えば、宇部市退院情報連絡システムに、在宅緩和ケアを希望して依頼のあった55件中(H24年4～10月)、在宅へ移行できたのは、38件(69.0%)に留まっており、しかも、うち24件は病院主治医のまま、残る14件を6つの在宅医療機関で分担していた。宇部市作成の「がん情報ハンドブック」で、在宅緩和ケアに18医療機関が登録しているにもかかわらず、である。医療のなかの“在宅への温度差”を暗示するデータである。

そこで、拠点は、宇部市医師会在宅医療委員会の協力で、「在宅の連携」と名付けた“機能強化した在宅療養支援診療所(病院連携型)”についての説明会を、9/11宇部市医師会館で開催した。説明会には、拠点からスタッフ6名、医師会員から5病院、18診療所の医師・MSW・事務方など30名が参加した。そこでは、①学会出張などの際にも往診代行でお互いに補完しあうなど、グループ形成するにによって24時間365日体制がとりやすいこと、②在宅医療の診療や事務のノウハウを共有できること、③診療報酬上のメリットもあることを紹介した。一方、④連絡先の一元化、⑤月一回のカンファレンス開催などの要件が課されていることも紹介した(当院の場合、医師数、緊急往診回数、在宅看取り数とも単独で要件を満たす)。

限られた時間での説明会では十分な理解はえられないと考え、補足説明を希望する診療所には、拠点スタッフ(吉村、来嶋)が戸別訪問した(12/25～1/16の間に7診療所を訪問)。拠点は市内各地域において、診療所とおのグループ形成もサポートするつもりであったが、実際には、病院を含むグループ形成を希望する診療所が多かった。そのなかで、連携先医療機関を従来の病院から当院に変更することができた在宅療養支援診療所が、当院を含むグループでの機能強化した在宅療養支援診療所(病院連携型)を届け出る運びとなった。2/14と3/13に準備会議を開催し、最終的に、4診療所と当院で1つのグループを3/31に届け出た。連絡先の一元化はすでに実施しており、説明と同意のための文書や往診代行についてのルール作りを討議中である。

訪問看護ステーションの24時間365日体制確保や24時間巡回型訪問サービスも重要な課題である。とくに前者のための複数ステーションでの関わりの方については協議会においても議論になっているところであるが(図表4参照)、今年度は取り組みごとができなかった。

(6) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

宇部市では、本年3月まで、地域包括支援センターとして、民営(市北部西、北部東対象)と市営(北部以外対象)の2箇所が運営されてきた(本年3月以

降は、南部地域以外を民営化)。今年度、各センターに Outreach ケアマネジャーを支援することはできなかったが、保健・医療・福祉サービス調整推進会議での議論や、退院情報連絡システム(退院後の療養に不安のある市民が市や健康福祉センターに相談できるシステム)の月間報告を受けての議論の中で、在宅医療の実際の紹介や退院調整における医療面の助言を行なう機会があった。

拠点は、これまでも山口大学病院や地域基幹病院から訪問診療の新規依頼があった場合、退院前カンファレンスの開催を積極的に病院側に提案している。また、とくに在宅緩和ケアの場合、通常1～2ヶ月の在宅期間で死亡した後、デスカンファレンスを開催するよう関係者に呼びかけている。今年度は、他院での退院前カンファレンス13件、デスカンファレンス7件を実施している。これらのカンファレンスは、介護職出身のケアマネジャーが、医療依存度の高い利用者で退院時や在宅での病状変化時にいかにサービス調整を行なうべきか、格好の学びの場となっていると考えられている。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パースの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡網構築、方法の統一など)

在宅多職種の情報共有のツールとして、従来Eメールを利用しているが、今回、クラウド型情報共有システムを試用した。採用したのは、在宅医療連携システム“ゆい”(チームもありおか開発)で、採用の理由は、開発者と直接連絡可能で過去の使用経験がわかり、費用負担がない点にある。拠点事業担当者を地域リーダーとして事務局に登録してもらい、拠点が在宅療養支援病院として新規の患者に悩むたびに、連携者(在宅療養の事業所)と在宅者(患者)を登録していた。連携者と患者・家族の両者から事前に同意書を取った。情報アクセスの制限は、地域リーダーが在宅者と連携者を関係付けすることで行なった。

現在まで、在宅患者12名に関わった訪問看護ステーション6、居宅支援事業所6、デイサービス1、訪問入浴1、保険薬局1での経験を積んでいる。在宅職種の連絡に関しては、①緊急連絡(例：訪問看護から主治医への病状変化の報告と指示受け)は電話で、

②月単位の情報提供書は郵送やFAXで、そして、③ある職種がその日患者に関わるなかで生じた他職種に伝えたい情報や2,3日以内に对应してほしい依頼については“ゆい”のような情報共有システムに適していると考えられる。試用体験の結果、リアルタイムで情報通知される(iPhone)。発信者が自らメッセージのような手間をかけずに関係者全員に発信可能、これまで情報共有から漏れることの多かったケアマネジャーや保険薬局薬剤師にも伝達される、など好評であった。一方、発信の機会が最も多い訪問看護のなかには、事業所の記録作成と作業が重複するという意見もあった。また、連携者と在宅者の関係付けの難しさについて開発者に対して依頼し改善したことがある。前述したように、宇部市医師会では「地域医療連携情報システム」の導入(IT化)を進めており、その一部に「医療・介護施設情報参照システム」が含まれる。拠点も検討委員会のメンバーとなっており、このシステムが地域で統一された連絡網式になるよう、“ゆい”の試用経験を生かしていきたい(それまでの間“ゆい”を継続する予定)。

拠点は、宇部市医師会地域連携推進懇談会のメンバーとして3年前から「緩和ケアの地域連携パース」に取り組んできた(図表9)。これは、がん診療拠点病院などから在宅や緩和ケア病棟に移る場合の情報共有ツールとして開発したもので、医師の診療情報提供書や看護サマリーでカバーできていない情報(がん進行期に特有の身体精神症状や生活の困難さ、臨床的予後予測を含む説明内容、患者の希望、家族の意向など)に注意して作成された。2010年12月から2012年6月の間に123件で利用されており、在宅多職種からも評価が高い(10/14山口県緩和ケア研究会で報告、6月日本緩和医療学会で報告予定)。

(7) 地域住民への普及・啓発

徳永進氏(鳥取市野の花診療所院長)による市民講演会「家は包む、いのちを包む」を2/24(日曜日)に開催した。事前に市内各所にポスター貼付、中学校にチラシ配布など、広報活動した効果もあつて参加者は264名にのぼった。その40%余りは一般市民・患者・患者家族であり、医療関係者以外がこれだけ大勢在宅医療について講演を聞く機会は宇部市で始めて

であったといってもよい。年齢層は50歳台、60歳台、40歳台が多く、70%の方が在宅医療を知るのに“とても役立った”と回答している。これには、徳永氏に先立って行なわれた宇部市民である介護家族の方の体験談(介護者であるご自分の時間・生活も大事にしながら、神経難病の夫を長年介護され、前立腺がんを併発後も、夫の最期を子供・孫たちと自宅で見守られた)もおおいに役立ったと思われる。市民講演会の広報の一つとして、地域FM局で放送する時間をえた(立石と三隅が出演)ことは、在宅医療についてアピールする絶好の機会ともなった。

また、地域生活情報紙“サンデーうべ”に10/24、26、27の3回にわたって連載記事“教えて、在宅医療”を掲載した(図表10)。第一回は“なぜ在宅医療が注目されている?”、“どのような準備が必要?”など、第二回は訪問診療と訪問看護、第三回はケアマネジャーとヘルパーの役割についてわかりやすく解説した。この記事の内容は、当院のホームページにアップして閲覧できるようにしている。

拠点は事業期間中の本年3月に宇部市の“がん患者にやさしいまち作り”の一環としての“がん・なんでも相談窓口”(市内4病院目)に登録され相談業務を開始している。宇部市発行の“がん情報ハンドブック”(市民向け)(資料2)に記載されている。

(6) 災害発生時の対応策

宇部市では、防災マップやハザードマップ(洪水、高潮、土砂災害、ゆれやすさ、ため池)を整備し、各地域が災害時対策に取り組むときの指針としている。また、「災害時要援護者支援システム」が策定されており、要援護者と支援者がペアで登録し、災害情報・避難指示が両者にメール配信されるようになっている。また、障害者のための福祉避難所のための施設も募っており、複数の介護事業所がこれに名乗りをあげている。また、災害時や急変時に住民の医療情報が参照しやすいよう、処方箋や通院情報を格納する救急キットを無料配布している。一方、山口県は市町村を指導し、“人工呼吸器など医療機器を使用する難病患者の災害対策マニュアル”づくりを促進している。在宅医療のための継続性のある災害対策を目標にしている拠点として、今年度事業における課題とし

て「在宅人工呼吸器患者の災害時対策」を挙げた。

①訪問看護ステーション協議会とおして、対象となる在宅人工呼吸器患者(気管切開の有無、使用時間に関わらない)を特定し、②10月、11月2度の南部ブロック会議および保健・医療・福祉・福祉サービス調整推進会議の場で「災害時対策チェックリスト」(図表11)を提案し、③患者・家族の同意をえて訪問看護の協力で、調査(チェックリスト)にそって記入・点検作業を行い、④チェックリストそのものについての意見交換、記入・作業ができなかった項目の検討を同会議の場で実施した。

調査の対象は14名(5名は調査中)、A気管切開・24時間人工呼吸=2名、B非侵襲・24時間使用=1名、C非侵襲・夜間のみ使用=6名であった。支援者との連絡の1st Callは訪問看護師が多く、連絡手段として、防災無線設置はなくその希望1名。災害時受入れ病院が決まっていなかった1例で、今回の調査とおして決めることができた。停電対策では、B:1/1名、C:4/6名の人工呼吸器に充電機能がなく発電機もついていなかった。停電対策のなかった5名について、訪問看護ステーション協議会へ情報提供し、また、医療機器業者との相談会を開き、注意を促した。サービス調整推進会議において、在宅多職種の合意として、今後、新規人工呼吸器患者の退院時を始め、在宅で継続的に日常点検することを確認した。

4 特に独創的だと思ふ取り組み

すでに宇部市で行なわれていた、在宅多職種代表者が月例で介保・健康・医療・福祉サービスについて検討する会議システムを利用したこと、これを補足する意味で地域基幹病院において在宅医療報告会を開催したこと

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

在宅医療を行なう診療所・病院のグループ形成(強化された在宅療養支援診療所/病院(連携型)の届出)

医療職(医師、訪問看護、薬剤師)が、介護福祉職(訪問介護、ケアマネジャー)の側に出向き、出前講座の形で、医療側の見方の解説や連携の呼びかけを行なったこと

6 苦労した点、うまくいかなかった点

つねに、「単年度事業の活動のなかから、今後もしも継続される取り組みやしきみを地域にいかに残していくか」を意識して実施した。

医師会、市との協力関係の中で拠点事業を展開するために、それぞれのキーパーソンと常に連絡をとり、進め方についての助言を仰ぎながら行動したが、それでも準備不足のため、多職種での連携研修の場に、医師会からの医師派遣を依頼するまでには至らなかった。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

市群医師会が市の協力のもとに実施し、そのなかで当院のような在宅療養支援病院をおおいに利用する形が最も効果的な動きが出来る。一医療機関が拠点事業を展開するには、市や市群医師会でのキーパーソンを見極め、緊密な連携の下で実施するのがよい。周辺の医療機関から、自らの利害のために実施しているのではないことを理解してもらうことも重要。

8 最後に

課題として抽出されながらまったく対策を講じられなかった項目として、訪問看護における複数ステーションの連携のあり方検討、歯科医師の在宅医療への積極的な関わり促進、がある。

着手したばかりで是非今後の展開を見守る必要がある項目として、在宅医療を行う診療所・病院のグループの質的充実・量的拡大、「在宅人工呼吸器患者の災害時対策チェックリスト」の運用、基幹病院での「在宅医療報告会」の定期開催がある。

今年度当院からの働きかけや事業費により実施できたが、継続性が保証されていないものとして、在宅職種の学びあい(とくに、医師・訪問看護・薬剤師など医療側からの積極的関わり)、市民への在宅医療の普及・啓蒙、がある。前者は、県単位での「多職種連携研修」の動きを見守る必要がある。

在宅医療の情報共有システムは、宇部市医師会の「医療・介護施設情報参照システム」推進事業のなかで進められるよう努力したい。

地域医療の要にもなっている山口大学病院、ごく

最近民営化された各ブロック地域包括支援センターとは今後の拠点は関わりを深める必要がある。

引き続き、宇部市、宇部市医師会との協力のもとに当院も在宅医療の推進に向けて地域での役割を果たしていきたい。

災害対策と在宅医療

▶ 宇部市

- ・防災マップ、ハザードマップ(洪水、高潮、土砂災害、ゆれやすさ、ため池)作成
- ・「災害時要援護者支援システム」の策定(要援護者と支援者がペアで登録、災害情報・避難指示)⇒障害者のための福祉避難所
- ・防災メール、救急キット(医療情報を格納)
- ▶ 山口県の指導
- ・医療機器を使用する難病患者の災害対策

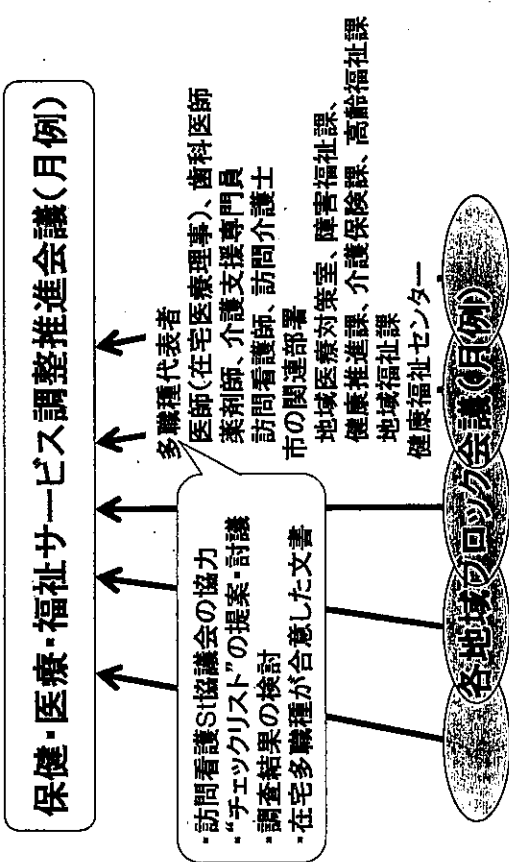
▶ 1

本年度拠点事業のなかでの災害対策

- ▶ 対象;「在宅人工呼吸患者の災害時対策」(気管切開の有無、使用時間を問わない)
- ▶ 1. 訪問看護ステーション協議会をとおして、対象となる患者を特定
- 2. 「災害時対策チェックリスト」の提案と討議
- 3. 「調査」;同意をえて訪問看護の協力で
 - ・チェックリストにそって記入・作業してみる
 - ・チェックリストそのものについての意見
 - ・記入・作業ができなかった項目の検討
- 4. 在宅多職種の合意;新規の患者にも使用

▶ 2

在宅人工呼吸患者の災害時対策



▶ 3

チェック・リスト(1);支援者との連絡

利用者氏名	住 所	災害支援利用 () 災害時要援護者支 () 防災メール () 救急キット
A.利用者携帯 tel:	() 支援者側に登録済	() 支援者側に登録済
家族携帯 tel:	() 支援者側に登録済	() 支援者側に登録済
支援者携帯	コールの順番	訪問看護師 (tel:) 訪問看護師 (tel:) ケアマネジャー (tel:) 主治医 (tel:) その他 (tel:)
B.利用者無線 無線tel:	() 支援者側に登録済	() 支援者側に登録済
支援者無線	コールの順番	訪問看護師 (無線tel:) ケアマネジャー (無線tel:) 主治医 (無線tel:) その他 (無線tel:) その他 (無線tel:)

▶ 4

チェック・リスト(2):避難先と搬送

避難先	災害時受入先病院①	tel:	無線tel:
	災害時受入先病院②	tel:	無線tel:
搬送手段	(病院への避難は主治医が決定し主治医が病院に依頼する)		
	介護タクシー	[担当]	[連絡先]
	病院送迎車	[担当]	[連絡先]
	訪問看護車	[担当]	[連絡先]
	救急車	(状態悪化時に支援者、利用者が判断してコールする)	
医療機器会社	その他 (自家用車など)		
	[社名]	[担当者]	tel:
医療機器会社	[社名]	[担当者]	tel:

●利用者から最初にコールを受けた支援者は、主治医、酸素・医療機器会社担当者
に連絡する(さらに、搬送の場合、その担当者に連絡する)

5

調査結果

- ▶ 対象は14名(5名は調査中);A気管切開・24時間人工呼吸=2名、B非侵襲・24時間使用=1名、C非侵襲・夜間のみ使用=6名
- ▶ 1. 支援者との連絡;1st Callは訪問看護師、“順位付けは無意味”、防災無線設置はなく希望1名
- ▶ 2. 災害時受入れ病院;決まっていなかった1例で、今回の調査をとおして決めることができた
- ▶ 3. 停電対策;B:1名、C:6名中4名の人工呼吸器に充電機能がなく発電機ももっていない⇒協議会への情報提供、業者との懇談会

7

チェック・リスト(3):停電対策

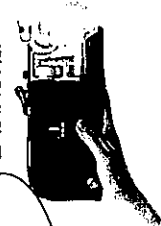
酸素供給会社	[社名]	[担当者]	tel:
	医療機器会社	[社名]	tel:
人工呼吸器	人工呼吸器内部バッテリー有() ; 時間保証無()		
	人工呼吸器外部バッテリー有() ; 時間保証無()		
	AC電源に入れているかはい() いいえ()		
	停電時電源切替アラームが正しく作動するかはい() いいえ()		
	アラーム点検者()		
発電手段	車による発電(シガーライター有() 無())		
	AC/DCインバータ有() 無())		
	発電機有() 無())		
	酸素ポンベの配布有() 無())		
酸素ポンベ	() Lポンベ×() 本	利用者にとっての予備量=() 時間分	
	携帯用酸素ポンベへの接続切り替え	可() 否()	
代替手段	切り替え担当者()		
	蘇生ハグ・ハグ・マスク有() 無())		
	操作のできる同居者有() 無())		
	足踏み式・手動・充電型吸引器有() 無())		
代替手段	操作のできる同居者有() 無())		
	操作のできる同居者有() 無())		

6

災害対策備品



防災無線
(MCA無線)



充電機能つき
電動吸引器



人工呼吸器の
代替手段としての
バッグ・バルブ・マスク

配備のしかたについて
訪問看護ステーション
協議会と検討中

移動用人工呼吸器
移動用モニター
(メンテナンス費用)

患家一在宅医
一訪問看護師
一受入れ先病院
など3, 4箇所に必要
(月額基本料金)

要 約

- ▶ 多職種会議において、「在宅人工呼吸患者の災害時対策」について検討した
- ▶ チェックリストを作成し、①支援者との連絡、②避難先と搬送手段、③人工呼吸器の停電対策、の各項目で記入・作業を行なった
- ▶ 調査過程で解決した課題もあるが、③の課題について関係者に情報提供した
- ▶ 人工呼吸患者の退院時を始め、在宅で定期的に日常点検することを在宅多職種で確認

【2-⑥：東京大学高齢社会総合研究機構】

- 2. 日常の療養生活の支援
 - ・ 在宅医療に取り組む医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修を実施している事例

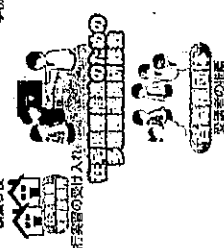
(2) 多職種研修の活用

○事例検討などのグループワークを多用した多職種参加型の研修会を地域単位で開催することにより、医師を含む多職種の連携の機運を高め、地域包括ケアシステムを支える人材を養成する

○多職種研修の実施は、市町村単位の連携推進の準備段階における郡市医師会・市町村行政・各職種団体の呼吸合わせ(チーム意識の醸成)の方法としても有効

○推進せらるる開催構造

- 郡市医師会と市町村による共催：
医師の参加を得るためには医師会の協力は必須
地域・関係団体による受診者推薦：
団体代表としての参加により責任感が生まれる
概ね同一市町村内の従事者を受診対象に：
地域・保健ケアシステム上の単位ごとの結集の強化



陸田乃乃縣華○

- 多職種によるグループワークを多用：講義による学習は最小限度とする
- 医師である受講者は同行実習に参加（任意）：体験型プログラムの教育効果は高い



同行実習(訪問診療) 地球単位の連携の機運の醸成

大学 药価社会税金研究機関
岡山大学(岡山県)

大学 药価社会税金研究機関
岡山大学(岡山県)

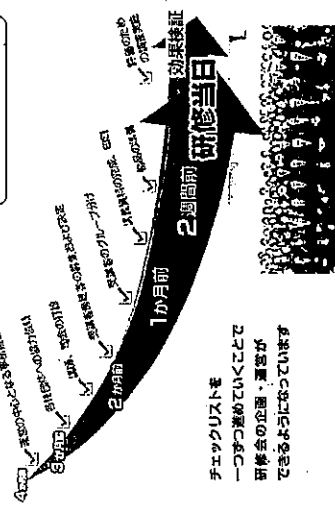
第1回全國都道府県空手座談会開催資料 (2014年4月24日)

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 研修運営力向上

- 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
開催日程に依りていくつかのパターンを例示

中野区で公開



【研究費公開権に関するご同意を先】
東京大学 医歯科学会研究奨励会/医学部在任医専任学員(在宅医療研究担当)
〒117-8589 千葉県柏市柏の葉5-15-5 2F 医2会 研究課 Tel:04-7136-6651 Fax:04-7136-6677
E-mail:hmcare_info@ag.u-tokyo.ac.jp

※掲載後は、原則1ヶ月以内にお返事いたします。一度に多数のお問合せをいたさないでください。
場合によっては、原稿が終了し掲載がご遠慮となります。

金澤市児童福祉施設長会

[illegible]

第1回全國郵便貯存在空匿藏、介居郵便招出者全附書三處附 (2014年1月24日)

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○実際の開催例

[illegible]

本奨学金は平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金ならびに千葉県地域医療推進基金
 東京大学 高橋社会総合研究機構  Majima University 立馬町医師研センター 在宅連携医療局
Majima University

本奨学金は平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金ならびに千葉県地域医療推進基金
 東京大学 高橋社会総合研究機構  MAJIMA 国立長崎国際医療センター 在宅連携医療部
MJICV/日用(c.v.)

【2-⑦：肝属郡医師会立病院】

2. 日常の療養生活の支援

・ 医師会が診療所を個別訪問している事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：社団法人肝属郡医師会
肝属郡医師会立病院

別添様式1

え、以下2つの連携の会を発足した。

- ①連携拠点事業ワーキングチーム
目的：在宅医療連携拠点事業連絡協議会に向けたテーマ選定、協議内容の検討を行い、連絡協議会を効率的かつ充実した協議会が開催出来るようにワーキングチームにて事前協議会を実施。
開催頻度：月1回。参加メンバー：拠点職員、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、行政機関等（基本的には前述のメンバーだが、テーマ等に応じて他関係機関へ召集して頂く）
- ②在宅医療連携拠点事業連絡協議会
目的：・鹿児島県肝属郡錦江町・南大隅町地区において、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士、介護支援専門員等の多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資すること。・全関係機関へのアンケート調査に基づき、在宅医療、介護の連携上の課題について連絡協議会の場を活用し、在宅医療連携連絡協議会を活用し、課題を多職種で協議、共有する場を設ける。
開催頻度：月 1 回。参加メンバー：医師会、薬剤師会、歯科医師会、介護保険事業所、鹿児島県大隅地域振興局、錦江町役場及び地域包括支援センター、南大隅町役場及び地域包括支援センター等。
- ②業務の決め方
①拠点事業企画運営業務
在宅医療連携協議会及び医療従事者研修会の企画広報。医療福祉従事者及び地域住民への在宅医療の普及啓発活動。医療・福祉資源の量、質に関する最適化に向けての活動。

- 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

①地域の在宅医療・介護が抱える課題

当地域は鹿児島県内で高齢化率が1位（肝属郡南大隅町 43.3%）、2位（肝属郡錦江町 40.0%）を占める地域であり、人口減少及び過疎化が進んでいる。また地理的、経済的に恵まれない高齢過疎の進行する地域であり、医療資源の絶対的不足等により地域医療の崩壊が危惧される一方で、医療及び介護を必要とする割合は高い状況にある。対象地域の面積も広く、管内での救急要請から当院への搬送時間は平均 34 分、南大隅町佐多分署管内からは約 60 分要する。在宅医療従事者の人材不足も懸念されており、南大隅町佐多地区には 1 名の常勤医師しかおらず、地域内には救急告示病院は当院のみあり、勤務医の負担も課題となっている。

②拠点事業としてどのように取り組む方針

このような地域の課題がある中、医師会をはじめとする関係機関、市町村等で構成する連絡協議会を通して、地域の限られた医療及び介護資源を有効に活用することで、地域住民が安心して住み慣れた地域でも生活できる体制作りを強化、推進することとし、「医師会主導、過疎型モデル」が樹立できるような在宅医療連携拠点事業を取組むこととした。

- 2 拠点事業の立ち上げについて

(1)拠点事業を立ち上げるに当たって、参加するメンバーの選定

拠点事業を立ち上げるに当たって、地域における医療、介護関係者が一堂に会する場を設け、顔の見える関係を構築し、風通しのいい関係を作ることが連携上の課題や解決策を協議する為には先決であると考

②相談支援業務

患者家族からの医療、介護、福祉等の相談窓口設置。他医療機関からの転院相談及び入院患者の退院調整・緊急一時入院の相談及び調整。

③連携促進業務

直通回線（電話、FAX）、を活用した他機関との連携強化。地域包括支援センター等への医療的なアドバイス。情報共有書式を活用した他機関との情報交換及び伝達。

③ほか立ち上げ時に苦労した点、工夫した点など。

※ 特に、立ち上げ時の市町村や医師会等地域の関係者への働きかけなど。

立ち上げ時に苦労した点

・全関係機関を対象に連絡協議会を企画広報する際、にどのような形で協議会への出席や今後在宅医療、介護の連携体制や在宅医療が推進される取組みを

どのような形で関係機関へ働きかけを行えばよいのか事業開始時期は苦労した。在宅への取組みを

されていない医師会（かかりつけ医）の先生方へどのような形で今後在宅医療への参入や現在の診療

スタイルからどのような形で在宅医療へ取組んで頂

けるのか相談するタイミングやきっかけ作りに苦労した。・拠点対象地域には錦江町、南大隅町と二行政

あり、それぞれ地域包括支援センターとしての価値

観、業務量、取組む姿勢に差があり、どのような形で

拠点事業へ参加して頂き、行政として今後どこまで

協力して頂けるのか不安だった。本来なら地域包括

ケアシステムは行政特に地域包括支援センターが

中心となり進めるべきものであるが、温度差があっ

た。

工夫した点（関係者への働きかけ）

・全関係機関への連絡協議会への参入依頼：拠点職員より拠点事業を取組んだ趣旨や今後のスケジュール等直接関係機関の長へ説明を行った。現在まで毎月連絡協議会を開催してきたが、ほぼ毎回関係機関からの出席を頂き、団結力を感じている。

・在宅への取組みをされていない医師会（かかりつけ医）の先生方へ在宅医療への参入相談：在宅医療への取組みをされていないかかりつけ医へ拠点

職員が拠点事業を取組んだ趣旨や今後のスケジュール等直接説明する為出向いた。在宅医療への取

組みをされていない先生方の意見としては「地域

から要請があれば対応できる」と積極的な意見も頂

き、在宅療養支援診療所の届出も実施頂き、訪問

活動の意義を感じた。

・行政（時に市町村）に対する拠点事業への理解協

力：連絡協議会を開催する前に行政と事前協議を

数回に渡り実施した。1、2回目は「何を医師会立病

院がやるのか」「このような過疎地域でどのような

が出来るのか」「等積極的な意見が出ていたが、事前

協議を重ねることで前向きな姿勢となり、協議会へ

の参加やシンポジウム時のスタッフ協力等頂き、現在

では二行政の姿勢も開始時期とは大きく変容して

り、拠点活動に協力的な立場となった。

3 拠点事業での取組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

(2) 会議の開催（地域ケア会議等への医療関係者

の参加の仲介を含む。）

(3) 研修の実施

(4) 24時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構

築

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象

にした支援の実施

6 苦労した点、うまくいかなかった点

①ICTの活用

過疎地域でかつ自宅間の距離があり、その課題を解

消する手段の一つとして、ICTの活用があったが、医

師会、歯科医師会等の理解協力を得ることに時間を

要し、平成 24 年度内の取組みには至らなかった。

当地域のように自宅間の距離がかかり、訪問診療する

医師や訪問看護師の移動面での負担や限られた時

間を有効に活用するためには、ICTの導入が最適だ

と考えられ、平成 25 年度以降も導入に向けて医師会

等の団体と協議を継続し、医療及び介護従事者の負

担軽減へ繋げていきたいと考えている。

②救急情報カード（患者情報）の導入

※患者情報：氏名、住所、生年月日、既往歴、かかり

つけ医、家族の連絡先、担当ケアマネジャー等記載し

た紙ベースの情報用紙。

高齢かつ独居高齢者世帯が多い当地域では、救急

情報カードの導入が要望としてあがっていたが、市町

村と救急隊との協議の中では意見が分かれ、結局平

成 24 年度内には結論が出なかったため、平成 25 年

度も引き続き地域の連携上の課題として、拠点活動

の中で、解決する。

③地域住民への普及啓発活動

当地域では錦江町、南大隅町と毎月社会福祉協議

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に

対するアドバイス

①地域で該となる事務局や人材の配置

在宅医療連携拠点においては医療と介護の連携をス

ムズに進めるためには、地域で該となる事務局が必要

となる。本来であれば、地域包括支援センターがその

機能を果たすと想定されるが、包括支援センターには

特に普段から医師会、歯科医師会、薬剤師会等医療

職能団体との連携関係があまりない為、医療と介護の

連携関係を進めるにはハードルが高いと想定される。

しかし、市町村が直営で包括支援センターを運営して

いる場合は、医師会と市町村が協働して取り組むこと

により、拠点機能が充実されると考えられる。

当拠点の場合、医師会立病院が事務局として、普段

連携関係のあった、医師会や歯科医師会、薬剤師会、

地域の介護事業所等であったため、後は市町村とど

のように進めるかが鍵であった。しかし市町村の介護

保険担当者等の職員との業務上の関係があり、協議

会への参加を重ねる度に連携関係は構築された。

このように中で、事務局における核となるコーディネ

タ役が鍵となり、①問題意識②やる気③調整能力等

が求められると感じた。拠点活動を推進するためには、

一機関のトップだけが熱い思いを持っていただけでも、

いかに現場であるコーディネーター役が①～③の気持

②医師会、歯科医師会、薬剤師会への早い時期による事業説明

特に医師会へは早期に事業の説明や地域での取

組みの重要性を説明する必要がある。理事会への出

席による説明や地域医師会にて在宅医療を担当され

ている理事の先生との接点も必要となる。結局医療と

介護の連携を進めるためには、医師会の先生方とい

かに協力関係を築き、先生方とお互いに気持ちよく仕

事が出来るかになってくる。書面だけの説明では、

到底理解できることではなく、直接訪問し、幾度と話し

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

いて把握すべきと要望がある。今後地域との課題とし

て、引き続き市町村と協議し、在宅療養者を含めた災

害時の対策を検討する。

タスク2)-①かかりつけ医への訪問活動

合うことも次のステップへ進む第一歩となる。

③地域の関係者間で構成する連絡協議会の開催
地域の医師会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等にて構成する連絡協議会を定期的に開催し、顔の見える関係を樹立し、風通しのいい関係を築く。連絡協議会を数回実施すること、業務上の課題や提案(お願い事)をすることにより、住民が在宅で医療や介護サービスを受けた時にスムーズにお願いができることに発展する。

8 最後に

①地域包括ケアシステムは医師会の理解、協力がなければ市町村主体で取り組むことの難しさを実感した。当医師会が拠点となることで、連携の図りにくい医師会や多職種からも協力体制が得られやすくなった。

②人材、資源が乏しく高齢化が進行する地域だが、在宅を望んだ時に支える体制作りを実現する為に関係機関を巻き込むことで解決出来ることを実感した。

限られた機関しかないからこそ団結力や責任感が強いことを実感し、多職種が一堂に会する会は地域興しの一助を担っていることを痛感した。



長浜医院 小幡 悦朗 先生



大根占医院 山下 健治 先生



津崎医院 津崎 貴春 先生

医師会の先生方より在宅医療に関する助言や協力体制を確認し、町外への訪問診療の取り組みも推進された

平成26年度訪問看護推進総合事業について

訪問看護認定人材確保育成事業

1 地域における訪問看護育成支援

○ 地域における教育・研修支援

認定訪問看護師相当の指導者がいる育成支援をできるステーションが、地域の育成支援を要するステーションのニーズに応じた同行訪問による指導・助言を行うことにより、地域の訪問看護人材を育成支援

(例示：イメージ)

- ① ステーション体験の受け入れ
- ② 地域の新任訪問看護師等の育成支援・相談（同行訪問等の実施）
- ③ 合同カンファレンス等による利用者を適した相互交流等

イメージ図

2 訪問看護のPR・人材の確保

○ 訪問看護人材確保事業

都民や看護師等に訪問看護の実態や重要性、その魅力をPRし、在宅療養を支える訪問看護の理解促進と人材確保を図るため、講演会やシンポジウム等を開催（H27.1.10：都庁5F大会議場）

訪問看護ステーション設置促進・運営支援等

6 訪問看護ステーション設置促進事業

○ ステーション設置によるサービス提供エリアの拡大を図るため、新規設置の初年度経費を助成

① 安定的な事業所運営体制の確立（法人内の連携体制）

② 増設訪問員4.5人以上の看護師配置

初年度経費（増設訪問員人月）助成

対象：1.3事業所
対象：開設、訪問所、訪問看護ステーション

※サテライトについては、H24より、国の地域介護・福祉空間開発推進交付金において、「訪問の大規模化、サテライト型事業所の設置促進」が新規に対象となり、都民助が廃止された。

訪問看護ステーション事業開始等支援事業

○ ステーション運営の安定化・効率化や経営基盤の強化を支援するため、個別相談会を実施

3 管理者・指導者の育成支援

○ 管理者・指導者育成事業

人材育成も含めた人的資源管理、経営的にも安定した事業所運営を行える管理者育成とともに、管理者向上のネットワーク構築の推進を図るため、管理者等に対する研修を実施

○ 認定訪問看護師資格取得支援事業

訪問看護の実践・指導ができる看護師の育成を支援し、労働意欲の向上、定業の促進、看護職全体の質の向上の推進を図るため、事業所等に対し資格取得を支援

4 中・長期対策を含め多角的・総合的に検討

○ 東京都訪問看護推進協議会

東京都在宅看護推進協議会の部会として、一体的に在宅看護の推進を図る

5 働き環境向上及び定業推進

◆ 訪問看護勤務環境向上事業及び訪問看護師定業推進事業

訪問看護師の勤務環境の向上や定業を促進するため、一定の条件のもと、研修や定休・育児・介護休業等を取得する際の代金負担を支援（増設訪問員7人未満のステーション）

6 訪問看護師就業環境向上及び訪問看護師定業推進事業

7 訪問看護ステーションの業務運営の効率化支援

○ 訪問看護ステーションIT化支援事業

ITシステム（モバイル端末）の導入により中山間地域の訪問看護ステーションの業務効率化や業務運営の効率化を図り、訪問看護ステーションの安定的運営を推進

規模：42ヶ所（増設訪問員7人未満のステーション）
補助率：1ヶ所あたり900千円、補助率：1/2

8 福祉人材の確保・育成・定着に向けた総合的な支援

◆ 福祉人材の確保・定着モデル事業

福祉環境の整備と高齢者の雇用促進を図るため、福祉事業所に業務経験者とする高齢者をクラウド人材として派遣するモデル事業を実施する。

【2-⑧：東京都】

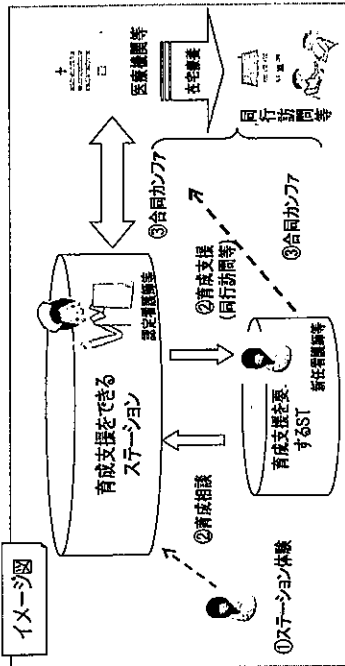
2. 日常の療養生活の支援

- 訪問看護師確保のための採用時研修に対する支援、研修機関の集約化（拠点となる訪問看護事業所が地域の教育機能を担う）、看護系大学と連携した教育体制を構築している事例

Q 地域における教育ステーション事業

1 目的

地域における訪問看護師の確保・育成・定着を図るため、「教育ステーション」を設置し、地域で必要な知識・技術を習得できる研修や地域に密着したきめ細かい相談・助言等を実施



2 事業内容

認定訪問看護師相当の指導者がいる育成支援をできるステーションが、地域の育成支援を要するステーションのニーズに応じた同行訪問による指導・助言を行うことにより、地域の訪問看護人材を育成支援
(例示) ①ステーション体験・実習の受入れ
②地域の新任訪問看護師等の育成支援・相談 (同行訪問等の実施)
③合同カンファレンス等による利用者を通じた相互交流等

※東京都教育ステーション選定規程

(1) 必須要件 (抜粋)

- 指導者として訪問看護認定看護師、地域看護専門看護師又は訪問看護の人材育成の経験を有する管理若者がいること。
- ※ 訪問看護の人材育成の経験を有する管理若者は、ステーション内において人材育成の経験を有する方、ステーション外の活動として研修講師等の実績がある方等。

(2) 推奨要件

- ア 常勤で5名以上の看護職員を雇用していること (常勤換算ではない。)
- イ 24時間連絡対応加算を請求していること。
- ウ 在宅看取り件数が年間10件以上あること。
- エ 連携医療機関が複数あること。
- オ 専門領域に特化した事業所ではないこと。

3 実施規模

- ・5ヶ所・H25～H26年度の2ヶ年のモデル事業
- ・H26、3月末までの実績(H25、11月より実施)
体験生72名 (医療機関17名、離職中16名、他ステーション39名)
体験日数延べ177日間

教育ステーションに期待される機能

- ◆ 新卒者の受入
 - ・病院等と連携して新卒者でも訪問看護が実践できる受入環境の整備
- ◆ 地域のネットワークづくり
 - ・地域全体を見据えて、他職種が連携できるよう教育ステーションが核となるネットワークづくり
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向けた24時間体制の地域づくり
 - ・24時間の在宅療養生活を支える体制づくり

訪問看護の職場を体験してみませんか?

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

訪問看護の現場体験

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

訪問看護ステーションの体制と役割

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

※体験期間は、1週間程度です。その間に、訪問看護の現場で、実際に体験していただきます。

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：地域医療福祉ネットワーク推進室

【2-⑨：長野県須坂市】

2. 日常の療養生活の支援

- ・ 地域の在宅医療の課題等の解決をめざした関係者（多職種）による「在宅医療推進協議会」を設置・運営している事例

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

(1) 拠点事業介入前の状況

- ① 平成22年4月から須坂市・小布施町・高山村（三市町村）が須高地域医療福祉ネットワーク推進室を設置し、多機関の構成による「須高地域医療福祉推進協議会」を立ち上げ、多職種による専門委員会（第2専門委員会）を定例開催していた。

- ② 23年度に実施した住民アンケートから、在宅医療へのニーズは「自宅で看取りができる体制づくりをしてほしい」「24時間体制と切れ目のないサービスをお願いしたい」「在宅医療は家族に負担がかかる」等が把握できた。

③ 拠点事業で取り組む課題

- ア) 住民の安全を支え、医療関係者の負担軽減にもなる、在宅医療者の24時間サポート体制の構築が必要。

取り組み方針：在宅医療者の緊急対応を24時間体制で実施できるように、地域の3病院と医師会・訪問看護ステーション・3市町村で検討する。

- イ) 退院前のカンファレンスの効果的な開催と地域連携の検討が必要。

取り組み方針：拠点に配置した、2人の推進員が長野県立須坂病院と新生病院で開催されるカンファレンスに参画し、多職種や地域との連携の観点から課題抽出し、改善について検討する。

- ウ) 在宅で看取りができる須高地域づくりへの取り組みが必要。

取り組み方針：地域住民にリビング・ウィルの文化を育むために、集いの開催や地域で統一した「生前意思表明」を作成していく。

- エ) 地域内の介護施設における嚥下困難食形態の統一が必要。

取り組み方針：地域の入所型の介護・福祉関係施設の栄養職員を集め、情報共有と研修会を開催していく。

- オ) 災害発生しても在宅療養が継続できる対応策の検討が必要。

取り組み方針：医療器具装着者の停電への対応について優先的に考える。

- 2 拠点事業の立ち上げについて
既に協議会を立ち上げてあり、顔の見える関係作りができていたのでスムーズであった。

(1) 連携拠点について

22年に三市町村で設置した「地域医療福祉ネットワーク推進室」を拠点とし、介護支援専門員の資格を持つ看護師1名と、介護福祉士1名を配置した。

- (2) 関連施設の管理者と行政担当者の会議の開催

22年に立ち上げた「須高地域医療福祉推進協議会 理事会」を充てた。年1回開催 構成メンバー（三市町村【正・副】長・医師会長・歯科医師会長・薬剤師会長・保健福祉事務所長・地域の三病院長・介護保険施設の代表・訪問看護ステーションの代表）

- (3) 在宅医療に関わる多職種が協議する会議の定期開催

22年に立ち上げた第2専門委員会をこれに充てた。毎月定例開催。構成メンバー（医師会・歯科医師会・薬剤師会・地域の三病院・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・介護保険施設・市町村地域包括支援センター・市町村社会福祉協議会・消防本部・地域医療福祉ネットワーク推進室）

3 拠点事業での取り組みについて

- (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
住民向けに、医療・介護・福祉情報を掲載した、「須高地域で安心して医療・介護・福祉が受けられるために」を平成23年9月に初版発行した冊子を平成24年度版に情報更新し発行した。
成果：医療・介護・福祉の資源が1冊に掲載されていて使いやすいという声が多い。

- (2) 会議の開催(拠点である地域医療福祉ネットワーク推進室が事務局)

- ① 須高地域医療福祉推進協議会 理事会開催
(7月26日出席者12名)

協議内容：平成23年度事業報告及び決算報告
平成24年度事業計画案及び予算案について(在宅医療連携拠点事業含む)

- ② 第2専門委員会の開催

回	開催日	出席人数
第1回	5月31日	21
第2回	6月28日	19
第3回	7月19日	13
第4回	8月23日	16
第5回	9月20日	15
第6回	10月18日	18
第7回	11月15日	21
第8回	12月13日	15
第9回	1月31日	16
第10回	2月21日	14
第11回	3月21日	19

- 協議事項

・在宅医療連携拠点事業取り組み課題について

- ・県下困難高齢者の食事支援について
- ・多職種連携(患者さんを中心として、関係者が専門性を発揮して連携するには)
- ・リビング・ウィルの取り組みについて

成果：多職種が定期的に集まることにより、顔の見える関係づくりができた。

在宅医療介護に関する課題に多職種で取り組みむことで、目指す方向の共有ができた。

- (3) 研修の実施

- ① 県下困難者の食事介助研修会
「誤嚥を防ぐ食事介助の方法と実技」

7月19日(水)参加者52人
・講師：県立須高病院 言語聴覚士
・対象者：地域内事業所の介護関係者及び看護関係者等 実技も取り入れすぐに役立つ内容とした。

- ② 米沢市における医療連携について
10月22日(月)参加者12人

・ICTを用いた医療連携について先進地から学ぶ

- ・対象者：医師会・三市町村職員
③ 須高地域医療福祉施設栄養関係職員連絡研修会

対象者：地域内の病院や介護保険施設及び福祉施設の栄養士

- 第1回：10月3日(水)参加者21人
・内容：県下困難食や高濃度流動に関する情報交換

- 第2回：平成25年3月22日(金)参加者27人
・内容：講演「摂食嚥下障害のある方の食事形態と摂取上の注意点」

講師 須高病院 言語聴覚士
北田将大さん

県下困難食や栄養剤についての情報交換

成果：施設入所者が誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すケースが多いため、施設関係者と共に研修会を開催した。食事形態の考え方や、食事介助時の注意点を確認できたが、更に施設内の調理員や介護職や看護職と共に研修を広げていくことが必要であることがわかった。

- (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

築

新生病院と轟病院が在宅療養支援病院の機能を地域に活かし、医師会と訪問看護ステーションが連携し、在宅療養者の緊急対応に24時間応えられる体制構築を目指した。

- ① 構築に向けた検討会開催状況

会議の状況	開催日	人数	参加者
須高地域在宅医療連携支援研究会	7.18	19	医師会長・歯科医師会長・薬剤師会長・三病院一・訪問看護ステーション・消防本部・三市町村職員
在宅医療推進に関する研究会	8.23	19	医師会会長・三市町村職員
須高訪問看護連絡会	9.25	21	
	2.26	24	
	6.21	8	地域内の訪問看護ステーション6事業所
	10.22	8	
在宅医療連携関係者会議	11.8	19	県立須高病院・新生病院・轟病院・医師会長・訪問看護ステーション(6事業所)・三市町村職員

- ③ 構築した体制(成果)：[図1参照]

須高在宅ネットワークの体制ができた。

参加機関：県立須高病院・新生病院・轟病院
18診療所・6訪問看護事業所・須高市・小布施町・高山村

★医師会・三病院、訪問看護ステーション・三市町村で住民が24時間安心して在宅療養ができる体制を構築。

★緊急対応は、在宅療養支援病院(新生病院・轟病院)と診療所と訪問看護ステーションがチームとなって対応する仕組みができた。

在宅療養支援病院としての機能である、連絡先の一本化、緊急入院・ベッドの確保、診療所サポート

機能を須高地域に活かして後方支援する。

- (6) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

- ① 地域の三病院と市町村の地域包括支援センターの連携会議の開催

- 第1回 8月29日(水)参加者22人
第2回 11月28日(水)参加者14人

目的：「住民が地域で安心して暮らせるために」

病院の入退院に関わる職員と、市町村の地域包括支援センター職員との連携推進を図る。

対象者：地域の三病院の地域連携推進職員・三市町村の地域包括支援センター職員と福祉担当職員

内容：病院と三市町村の連携で、今まで課題が多かった内容について意見を出す。

- ア) 介護保険申請に伴う疑問
イ) ケーミナル患者さんの在宅療養にかかる連携

- ウ) 認知症の対応
エ) 入退院に当たり困る事項

成果：退院日決まってから、在宅療養支援のため、地域の連携が取れる時間的余裕がない。(入院日数の短縮化も関係する)しかし、住民に安心感を持っていただくためにも多職種連携は大切だ。電話での面識だったが、顔と名前が分かってくよかった。

- (6) 効率的な情報共有のための取組
新生病院と轟病院二つの在宅療養支援病院と18の診療所と6つの訪問看護事業所がチームとなり、緊急対応をすることで、「在宅療養者を24時間サポートする」支援体制が機能するために在宅療養者の情報を共有する「須高地域医療情報ネットワークシステム(在宅医療安心ネット)」を導入した。

- ① 参加者：地域の三病院、医師会会長・6訪問看護ステーション事業所・須高市・小布施町・高山村職員・在宅医療推進員

②取組内容

ア)調査研究

- ・情報共有に関する調査研究:須坂市役所の基幹系を委託している業者とともに、システム導入の目的やゴール及び既存の関連システムについて情報収集をした。
- ・関係機関である新生病院が、1社のデモ機を導入して病院内で稼働した。
- ・関係者で検討し導入するシステムを決めた。(地域医療連携支援システムEIR)

イ)関係機関へ参加について説明

- ・拠点の推進員や市町村の職員が、医師会と連携しながら地域内の全診療所を訪問して事業の説明をし、参画を呼びかけた。
- ウ)情報共有システム運用に関すること
 - ・入力説明会の実施(3月21日)参加者29人
 - ・須高地域医療情報ネットワークシステム運用規定を定め、在宅療養者の登録を開始する。

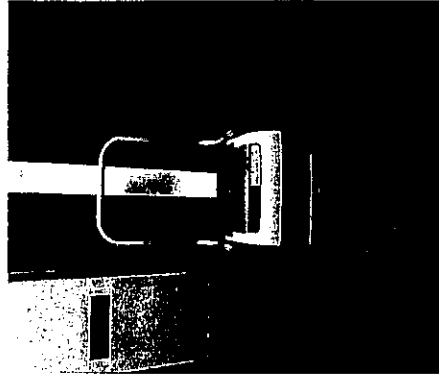
③成果:【図2参照】

(7) 地域住民への普及・啓発

- ①「在宅医療の実現をめざして」須高三市町村広報合同特集(平成24年8月)【データあり】
- ②「須高地域医療福祉を考えるつどい」の開催パンフレット添付
 - 平成24年11月23日(金) 参加者145人
 - 須坂市保健センター
 - テーマ「自分が望む最期を迎えるために」
 - ・話題提供 栗の木診療所 院長 内坂徹さん
 - 果立須坂病院 院長 青藤博さん
 - 須坂市民生児童委員協議会 会長 大日方延男さん
 - ・上映映画「エンディングノート」
 - ③在宅での看取りの普及
 - ア)終末期医療・ケアについての生前の意思表明書の作成【資料添付】
 - 第2専門委員会で作成し、地域内の診療所や病院・地域包括支援センター等に置く。
 - 在宅医療に関わる、関係者から住民に配布

する。

- イ)やすらかな看取りのためのパンフレット作成(家族向け・関係者向け)【資料添付】
- 支援側が看取りに対して共通理解をするために役立てる。また、家族向けは、看取りへの不安軽減に役立てる。
- ウ)リビング・ウィルの考えの普及のためにポスター作成【資料添付】
- 地域住民が元気な時から、終末期医療に関心することにつながるという文化を育むために考えて意思表示することが、より良くなることにつながるという文化を育むために医療機関や行政機関等にポスターを貼る。
- (8) 災害発生時の対応策
 - ・取り組んだ内容:発電機(ガス使用)を10台購入し、医療器具装着者に無料貸し出しを実施した。
 - ・成果:人工呼吸器使用者や常時滅吸引を要する在宅療養者から、停電が不安であったが、安心だ。発電機は必要であると思っていなくても、高額のため自分では購入できなかったものでありがたい。という声が届いている。
- ・取り組みの工夫:訪問看護ステーション連絡会の中で、災害時の対応について検討し緊急度の高い内容から取り組んだ。使いやすい機種の選定をした。(燃料確保が容易かどうかなど)



《貸出している発電機》

4 特に独創的だと思う取り組み

- (1)多職種連携により、「在宅で看取りができる地域づくり」に取り組めた事。

◆具体的内容

地域に「リビング・ウィル」の文化を育むことを目標に統一した取組ができた。

- ①須高地域医療福祉を考える集いの開催
- ②須高地域で「終末期の医療・ケア」についての生前の意思表明書を作成した。
- ③リビング・ウィルの住民啓発用ポスターを作成してPRした。

◆地域に与えた影響

- ①住民意識の把握ができた。
 - ・事前意思表明等を知っていた人(75.3%)
 - ・自分の最期について意思表示している人(52.1%)
 - ・エンディングノートについても知りたい人(87.1%)

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

- (1)医師会・病院・訪問看護ステーション・行政のネットワークで「在宅医療24時間サポート体制」が構築できた。(須高在宅ネットワーク)
 - 成果:参加機関
 - ◆病院:3病院
 - ◆診療所:18診療所
 - ◆訪問看護事業所:6事業所
 - ◆行政:三市町村

- (2)須高在宅ネットワークが機能するために、参加機関が情報を共有するシステムを導入できた。地域医療連携システム「EIR」を使用して、訪問診療情報や訪問看護情報を共有し、病院・診療所・訪問看護ステーションによる、24時間対応の在宅医療体制をスタートすることができた。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

拠点事業に看護師資格を持つ介護支援専門員と

I 須高地域の強味&先進的取り組み

- 1 三市町村で地域医療福祉ネットワーク推進室設置
(平成22年4月)

①職員は3名

②運営経費は人口割りによる三市町村の負担

2 須高地域医療福祉推進協議会 立ち上げ

①構成団体 三師会・地域の病院・訪問看護ステーション・介護保険
除け・ビジネス事業所・社会福祉協議会・保健所等

②関係機関の代表が理事となり、理事会を開催(7月26日)

③二つの専門委員会を設置し事業に取り組む

「在宅医療福祉」について「取り組む多職種による第2専門
委員会を定例開催(毎月1回)」して、顔の見える関係がで
きた。(11回開催)

【2-⑩：熊本県熊本市】

2. 日常の療養生活の支援

- ・ 在宅医療に取り組む医療機関等や介護関係の事業所の情
報を把握し、ホームページ等で公表している事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: 熊本市

も多職種による充実した連携体制のもと、市民が安心して質の高い在宅医療を受けられるような提供体制の整備が必要であり、多職種による「顔の見える」関係づくりによって、地域ごとに包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築することが大きな課題である。

【取り組み方針】

在宅医療を希望する市民が、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、在宅医療・介護の連携による地域の在宅ケア提供体制の整備を目指していく。なお、その実現のためには、関係機関と連携を図りながら、行政への期待を考慮し、行政が担うべき役割を整理していくこととした。

2 拠点事業の立ち上げについて

本市においては、今後の少子高齢化の進展や多様化する医療ニーズに対応するためには、在宅医療が特に重要であることから、平成22年度より在宅医療に関する検討を開始した。また、平成23年度には、熊本市長を座長とする「くまもと医療都市ネットワーク懇話会」を設置し、平成24年3月には医療関係者の協力のもと、10年後の熊本の医療の姿を市民に提案する「くまもと医療都市2024グランドデザイン」(以下、「グランドデザイン」という)を策定した。在宅医療は、グランドデザインにおいても、今後取り組んでいくことが必要大きなテーマの1つとして位置づけられている。

本拠点事業は、グランドデザインの実現に向けた取り組みの1つとして位置づけられており、平成24年度の事業立ち上げに当たっては、市内の医療担当部署(医療政策課)および介護担当部署(高齢介護福祉課)が協力して取り組むとともに、在宅医療を提供する多職種協働による支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を図るため、「くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会」(以下、「検討会」という)を設置した。なお、検討会の開催に際しては、まず検討会委員が本音で議論できるような関係づくりが大切だと考え、自由発言の時間を多く確保するなど次第を工夫した。

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

【背景】

本市においては、全国平均よりは緩やかなものの高齢化の進展により、2010年から2025年にかけて、高齢者が31%増加すると見込まれている。また、高齢者は医療・介護の需要が高いため、現在の受療行動が変化しないと仮定すれば、高齢者の医療需要は34.3%、介護需要は41.1%増加すると推計され、今後は通院困難な要介護度の高い高齢者や認知症の高齢者が増加することが予想されている。

一方、本市が平成23年度に実施したアンケート調査によると、訪問看護ステーションを利用している患者や家族の満足度は高いという結果が得られており(図1)、在宅医療を希望する人が、自宅や住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりが必要となってきた。

このように、今後、高齢化の進展や高齢者の価値観の多様化に伴い、例え病気があっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしく過ごすことができるQOLを重視した医療が求められており、在宅医療のニーズは今後ますます増加していくものと予想されている。

【課題】

本市においては、在宅医療支援診療所や訪問看護ステーションの数は全国平均よりも多く、在宅医療の提供体制はある程度整っていると思われるが、実際の訪問診療等の在宅医療サービスの提供数は全国平均を下回っている。また、在宅医療に熱心な医師や地域包括支援センターが中心となり、多職種連携に積極的に取り組み、円滑な連携を行っている地域もあるが、今のところ、この取り組みが市内全域に広がっているとはいえない状況である。今後、地域ごとの特色を活かしながら、多職種連携による取り組みを市内全域に拡大し、熊本市内のいずれの地域においても

「検討会」という)を設置した。なお、検討会は、医療関係者および介護関係者から構成され、委員は関係団体からの推薦とした(別表1)。

この検討会は、本拠点事業を進めていく上で、関係機関との連携・調整の場として位置づけ、課題の整理や取り組みの方向性について協議を行った。

また、在宅医療の提供体制の整備のためには、医師の在宅医療への積極的な参加が不可欠であることから、医師会とのよりよい連携が図れるよう、各種事業についてもできるだけ医師会と同一歩調が取れるように注意した。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

平成24年8月には地域の在宅医療資源の把握のため、市内の医療機関を対象としたアンケート調査を実施した(対象施設:病院94施設(回答率87%)、診療所634施設(回答率55.2%))。この調査の結果、訪問診療を実施している医療機関は、病棟の46.4%、診療所の44%であり、かかりつけ患者の往診を行う医療機関は、病棟の45.2%、診療所の56.3%であった。この調査においては、医療機関の在宅医療の取り組み状況のほか、医師が面談等の対応可能な時間帯(いわゆるケアマネタイム)、病院については急変時の対応など、ケアマネジャーや地域包括支援センターが望む情報についても調査し、より活用しやすい情報の収集を行った。

また、訪問診療を行う歯科診療所および在宅支援を行う薬局については、それぞれ熊本市歯科医師会、熊本市薬剤師会が調査を行い、実施施設一覧の提供を受けた。

なお、これらの医療資源等の情報は、ホームページ上で公開し、多職種連携の推進に役立てるとともに、「在宅医療相談窓口」(後述)における相談対応の基礎資料としても活用している。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

前述のとおり、医療関係者および介護関係者からなる検討会を計4回開催し、取り組みの方向性などに

ついて検討を進めた。なお、検討会の開催に際しては、まず検討会委員が本音で議論できるような関係づくりが大切だと考え、自由発言の時間を多く確保するなど次第を工夫した。

検討会における検討内容は以下のとおり。

くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会

第1回 在宅医療・介護と多職種連携に関する課題整理と意見交換

第2回 多職種連携における課題解決に向けて

第3回 多職種連携における課題解決に向けた方策について

第4回 多職種連携研修会について

(3) 研修の実施

在宅医療・介護に関わる多職種による「顔の見える関係」を構築し、地域ごとの在宅医療提供体制の質向上を図るため、多職種が一堂に会する研修会を2回開催した。

研修会の参加者は関係団体からの推薦者として(別表2)、グループワークを中心としたプログラムとした。

グループワークは参加者の事業所等の地域性を考慮し、各組は各職種1名程度からなる多職種の構成とすることで、それぞれの専門職の役割などを知り合えることとした。また、各班のファシリテーターを医師が担ったことで、介護関係の職種の参加者からは医師と直接話せる機会が得て、とても良かったという意見も多く聞かれた。

なお、グループワークの内容や進行等の検討にあたっては、検討会および熊本在宅ドクターネットワークに相談しながら進めていくこととし、研修会当日の進行やグループワークのファシリテーターの選定等においても多大な協力をいただいた。

(注1)少ない医師で24時間急変に対応するために、臼杵市医師会では、市内唯一の急性期病院(2次医療機関)である臼杵市医師会立コスモス病院を中心とした体制をとっている(図参照)。平日昼間は紹介制を採用し、意識がない・反応がない・高度な外傷など命に関わる状態の方は24時間365日コスモス病院が直接対応している。コスモス病院で対応が困難な状

態であれば、大分市の救急救命センターなど高次医療機関を紹介する。臼井市内の医療機関と救急隊は密接な連携体制を構築している。かかりつけ医・ユースモス病院・救急隊が連携することによって、在宅での急変に対しても24時間365日対応可能な体制を臼井市医師会では構築している。

【第1回在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会】

開催日時：平成25年1月18日(金)19時～21時
参加者：関係団体からの推薦者 158名
プログラム：
1. 熊本市における在宅医療・介護の現状(説明)
熊本市健康福祉子ども局医療政策課長
2. 名刺交換
3. 講演「実践しよう！多職種連携による在宅支援」
田島医院 田島和周先生
(熊本市在宅介護ネットワーク事務局長)
4. グループワーク
「多職種連携がうまくいった点、うまくいかなかった点」

【第2回在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会】

開催日時：平成25年3月14日(木)19時～21時
参加者：関係団体からの推薦者 121名
(うち第1回からの継続参加者105名)
プログラム：
1. グループワーク
「多職種連携の課題解決にむけて」
テーマ①地域における連携「患者情報の共有について考えよう」
テーマ②病院と在宅の連携「退院支援について考えよう」
※各班は第1回の議論の内容や班編成を考慮し、2つのテーマのうち指定された1つのテーマについて議論を行った。

研修会終了後のアンケートによると、グループワークについて「役立った」「まあ役立った」との回答がほとんどを占め(第1回 99%、第2回 98%、図2)、この2回の研修会を通して、在宅医療・介護を取り巻く関

係者には、職種や立場に関わらず、うまく連携したいという思いがあり、また、連携の重要性を感じていることが伺えた。また、この2回の研修会後には、患者情報の共有方法について個別に研究を始めたグループなどもあり、地域の多職種による顔の見える関係づくりの一部者でできたものと考ええる。今後は、区単位など、多職種が日常的に連携を図っていく規模における開催へとつながっていく予定である。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

熊本市には、訪問診療や往診を複数の医師が連携して行うことで、患者の安心した在宅療養生活を支えるために組織された医師のネットワーク(熊本在宅ドクターネット、再掲)が構築されている。熊本在宅ドクターネットでは、患者からの依頼があれば患者の居住地域にあわせて、主治医および副主治医を決め、在宅訪問診療や往診を行うシステムを構築しており、主治医の不在時等においても対応することが可能である。

その一方、在宅医療の要となる訪問看護師については、小規模な訪問看護ステーションも多く、夜間などの緊急時における対応に負担を感じているものの、複数の施設が連携して対応するようなシステムを構築するまでには至っていない状況である。この課題解決の方策としては、地域ごとの多職種によるチームが協力体制を整えたり、複数の訪問看護ステーションが休日・夜間に当番で対応を行ってはどうかといった意見が寄せられており、今後も継続して検討を進めていくこととしている。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

前述のとおり、平成24年8月には市内で在宅医療に取り組んでいる医療機関等の情報を収集し、ホームページ上で公開している。この情報の中には、医療機関の在宅医療の取り組み状況のほか、医師が面談等の対応可能な時間帯(いわゆるケアマネタイム)、病院については急変時の対応の可否などに関する情報も含まれており、ケアマネジャーをはじめとする多職

種の医療機関との円滑な連携を支援している。

また、地域包括支援センターへの支援としては、地域の医療体制の整備など、地域包括支援センター単独では解決困難な課題について、医療政策課が協力して取り組んでいきたいと考えている。なお、現在は病院から提案のあった、地域の入院医療機関と連携した緊急時入院先の確保について、医師会等の協力を得ながらモデル的に検討していくこととしている。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡網、方法の統一など)

多職種連携のための標準化ツールについては、これまでにも熊本県看護協会や熊本県介護支援専門員協会等において作成され、活用されているものの、その活用にあたっては、多職種間で共通の認識があるとは言いがたい状況である。

前述の「第2回在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会」において、患者情報の共有をグループワークテーマの1つとして議論を進めた際には、多職種が情報共有するための共通ツールが必要であるとの意見が多く挙げられており、既存のツールを活かしながら多職種が共通で利用できる連絡網の作成について、その意義等も含めてさらに検討を進めていく。

(7) 地域住民への普及・啓発

【市民ニーズの把握】

在宅医療に関する市民のニーズを把握するため、本市の2000人市民委員会(注2)を活用し、アンケート調査を実施した。

委員数(対象者数)：2063名
調査期間：平成24年8月～平成24年10月
有効回収数：1547件(回収率75.0%)

(注2)2000人市民委員会

市民と市政が情報共有を深め、アンケートなどを通して市政に対するご意見・ご提言をいただくことで施策の立案などの参考にする市民参加を推進するため、の新たな仕組みとして設置された。

た時の療養場所について、「必要に応じて病院に入院しながら自宅を中心に療養したい」との回答が最も多く(34.8%)、「訪問診療や介護サービスを受けながら、住み慣れた自宅で家族と過ごしたい」(18.6%)との回答と併せて、半数以上が自宅を中心に療養したいと思っていることが明らかとなった(図3)。また、自宅で療養に対する不安の理由としては、「介護してくれる家族はいるが負担がかかる」との回答が4

1. 7%と最も多かった(図4)。

また、終末期にどのような医療を受けたいかという設問については、「延命治療は受けたくない。自然に最期を迎えたい」との回答が50.2%であった(図5)。年代別に見ると、49歳以下の年齢層では「延命治療を受けたくない」との回答が4割程度と比較的少なく、「その時にならないとわからない」との回答も5割以上と比較して多いという結果が得られた。

さらに、終末期の医療の受け方について日ごろから考えているか、という設問については、「考えたことはあるが、まだ何もしない」との回答が46.9%と最も多かった。「書面で意思表示を行っている」(3.1%)、「家族で話し合ったことがある」(20.9%)との回答をあわせると約7割の方が終末期の医療の受け方について考えたことがあることがわかった(図6)。しかしながら、その中で書面による意思表示を行っている人はごく一部であり、今後は、人生最後の場面に際して、どのような医療を希望するのか、QOLを維持しながらどのような医療を望むかについて、日頃から市民一人ひとりが考える機会を持つことが重要であり、希望する医療が受けられるような社会の醸成も必要であると思われる。

【市民啓発】

前述のアンケートから、市民の在宅療養への関心の高さは伺えるものの、現状においては、訪問診療や訪問看護を利用した在宅療養がどのようなものなのか、また、具体的にどのようなことでできるのか、などについて理解している市民は多くなく、在宅療養という選択が十分に浸透していないと思われる。そこで、在宅医療の正しい理解を目指し、在宅医療やそれに従事するさまざまな職種の役割を広く市民に紹介し、

地域に浸透させるための取り組みが必要であると考え、市民啓発として次の3項目に取り組んだ。

●在宅医療相談窓口

市民が在宅医療・介護が必要となったときなどに利用できるサービス等の情報を容易に入手できたり、在宅医療・介護に関する相談に対応する。

- 開設：平成25年11月～
- 相談対応：看護師（訪問看護経験あり）
- 相談内容：
- ・患者・家族からの在宅医療に関する悩みや不安に関する相談への対応
 - ・医療・介護関係者からの地域の医療資源や介護資源に関する問合せ 等

●市民啓発ポスターの作成・配布

作成部数：2000部

サイズ：A4

配布先：

市内の全医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局）および介護事業所（訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所）など

内容：

病気になってもいちばん安らぐ場所で暮らしたい

●市政広報テレビ番組の放送

タイトル：「在宅医療を知っていますか？」

放送日：平成24年12月19日（水）

午後7時53分～8時00分

内容：訪問診療の様子

在宅医、家族からのコメント 等

(8) 災害発生時の対応策

熊本県は、例年夏から秋にかけて台風の影響を受けることも多く、台風による停電のため、人工呼吸器を装着している在宅患者の所在確認や避難施設の確保が問題となっている。このようなことから、在宅人工呼吸器装着者など日頃から継続的に医療が必要な災害弱者の医療確保等が求められている。

そこで、平成24年5月には在宅で人工呼吸器を装着するなどの災害時要医療支援者の把握のため、医療機関と訪問看護ステーションを対象とする調査を実施した。この調査に基づき、事前準備ができる台風などの災害時において、おおむね3時間程度の停電であれば、バッテリーなどの電源が確保されていることが明らかとなった。

また、災害時における在宅人工呼吸器装着者の避難のために、訪問看護ステーションからの診療情報提供書をもとにした個別支援プランを作成している。

4 特に独創的だと思う取り組み

特筆すべき独創的な取り組みはないが、担当部署の関わり方について記載する。本拠点事業は、本市の医療担当部署（医療政策課）および介護担当部署（高齢介護福祉課）が協力して取り組んだことは前述のとおりであるが、そのうち、医療政策課は熊本市保健所内に設置され、地域医療に関する企画・立案のほか、医療法に基づく地域保健医療計画の策定、医療機関の許認可、監視指導、救急医療体制の整備等の業務を担当している部署である。そのため、日頃から医師会をはじめとする医療関係団体とのつながりが密であり、今回、本拠点事業に取り組みにあたっては、医師会の協力が得られやすかったものと考えている。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

多職種が一堂に会して議論を進める多職種連携のための研修会は、これまでにも一部の地域などで開催されてきたところである。しかしながら、本拠点事業の取り組みとして、本市が関係団体への協力を依頼したことによって、市内全体の機運が高まったように感じられ、今後、点から面へと取り組みが広がっていくことが期待される。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

本拠点事業に関しては、関係団体から多大な協力

を得られたため、苦労したと感じることはあまりなかったが、医療政策課として在宅医療に取り組み始めた当時（平成22年）を振り返ると、在宅医療についての知識に乏しく、現状と課題の把握に苦労した。また、担当者も在宅医療の知識が皆無であったため、キーパーソンの探索もかねて、在宅医療関係のあらゆる講演会等に参加した。そこで出会った関係者へのヒアリングを重ねていくことで少しずつ在宅医療への理解が深まってきたように思う。

また、関係団体においても、当時は団体の事務局に担当者がいなかった状況であったが、在宅医療の重要性を認識された今では、地域ごとに在宅医療担当理事を配備されるまでにいたっている。

なお、本市は5つの区役所を有しているが、担当部署と区役所等との連携については苦慮しており、今後、行政内部の連携を図っていくことも課題である。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む視点に対するアドバイス

在宅医療・介護連携において、行政に求められている役割はコーディネーターとしての機能であると認識している。当然のことながら、行政は在宅医療を提供する主体ではなく、あくまで脇役として、提供主体である多職種の円滑な連携の支援に注力することが求められている。

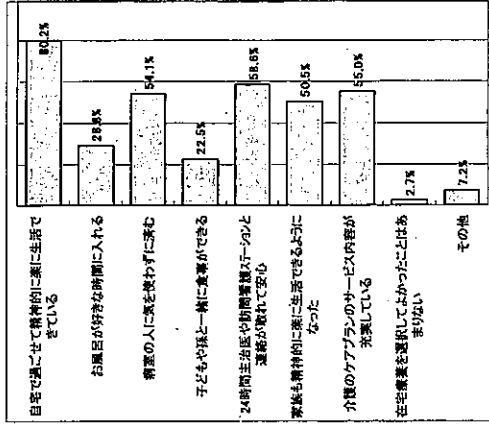
また、多職種連携に関しては、行政への期待も大きく、行政側としても積極的に連携を図っていくことが必要である。行政には、行政の得意なところがあり、まずは多職種連携における役割分担の中でその役割を担っていくことが大切だと感じている。

8 最後に

本拠点事業の活動も含め、平成24年度は本市の在宅医療において重要な1年となった。日々の取り組みは、関係者一人ひとりとっては小さな一歩だったかもしれないが、10年後に振り返ったときに、この一歩が大きな足跡となっていることを期待したい。

最後に、本拠点事業を進めるにあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧にご指導くださいました関係者の皆様に深謝いたしますとともに、本市の取り組みの趣旨を理解し、多大なるご協力を賜りました関係団体の皆様に心から感謝申し上げます。

(図1)在宅医療に関するアンケート調査(訪問看護ステーション)利用者が在宅医療を選択してよかったこと



(別表1)くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会

委員名簿		職名(職種)
医療関係者	熊本市医師会	副会長
	熊本市歯科医師会	理事
	熊本市薬剤師会	副会長
	熊本市訪問看護ステーション連絡会	看護師
介護関係者	熊本市居宅介護支援事業者協議会	介護支援専門員
	熊本市地域包括支援センター連絡協議会	社会福祉士
	ひまわり在宅クリニック	医師

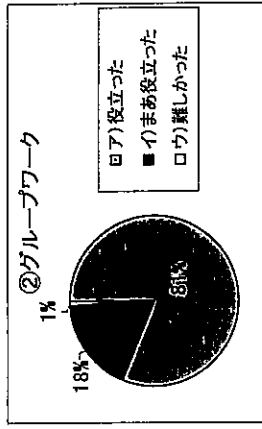
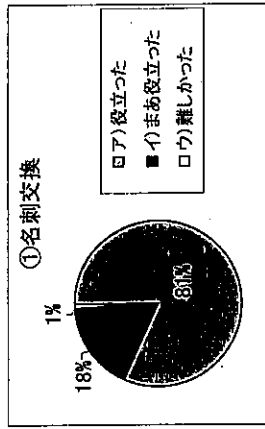
熊本市市民病院(地域医療連携室)	看護師
------------------	-----

(別表2)在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会参加団体および参加者数

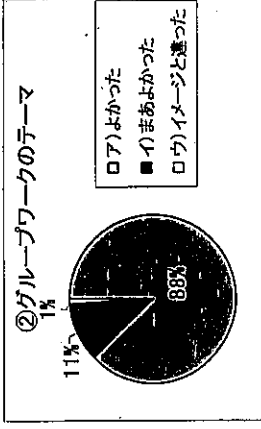
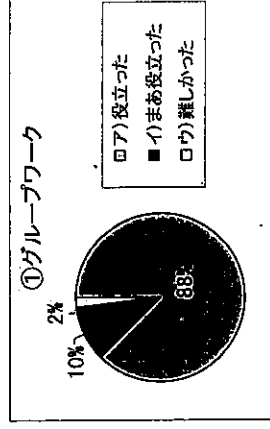
団体名	参加者数(名)	
	第1回	第2回
熊本市医師会	41	26
熊本県医師会	1	0
下益城郡医師会	3	3
熊本市歯科医師会	8	2
熊本市薬剤師会	8	6
熊本県看護協会	2	2
熊本県栄養士会	2	2
熊本県理学療法士協会	2	1
熊本県作業療法士会	2	2
熊本県医療ソーシャルワーカー協会	5	4
熊本県歯科衛生士会	2	2
熊本市訪問看護ステーション連絡会	10	10
熊本市居宅介護支援事業者協議会	15	18
熊本市地域包括支援センター連絡協議会	12	10
熊本県介護福祉士会	2	2
熊本市老人福祉施設協議会	2	2
熊本県老人保健施設協会	1	0
急性期病院	23	15
区役所職員	9	10
その他本市職員	5	3
その他	3	1
計	158名	121名

(図2)在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会アンケート結果

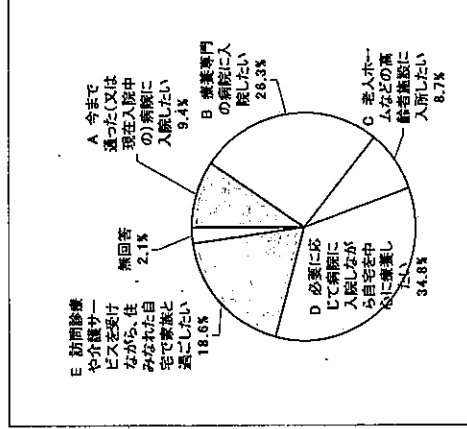
【第1回】



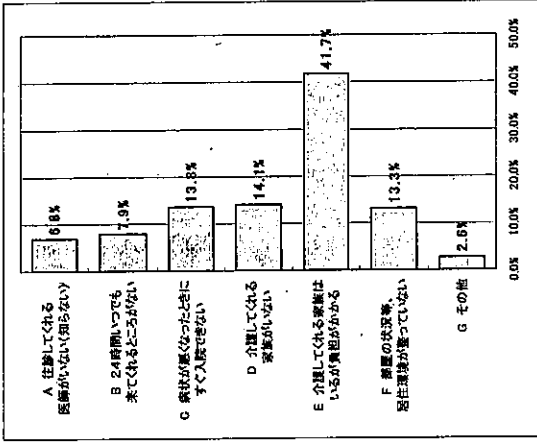
【第2回】



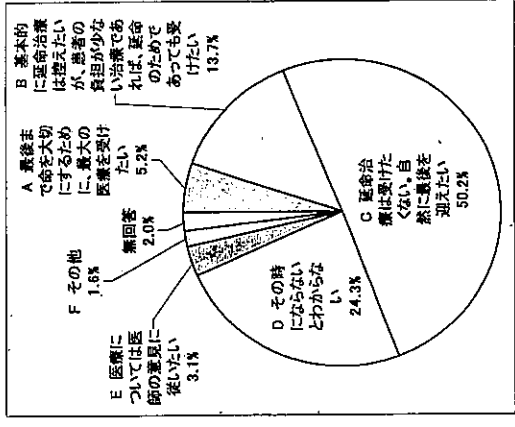
(図3)2000年市民委員会アンケート(長期療養が必要となった時の療養場所)



(図4)2000年市民委員会アンケート(自宅療養に対する不安)

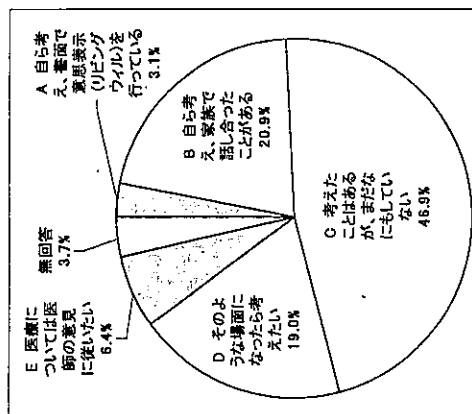


(図5)2000年市民委員会アンケート(終末期に受ける医療)



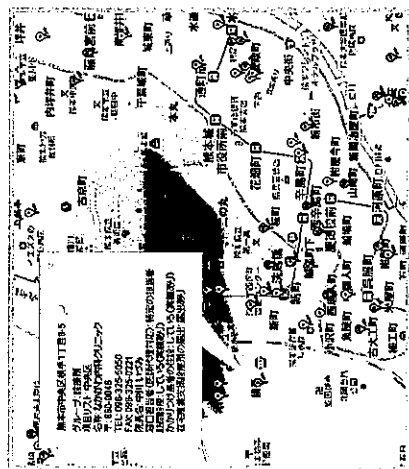
(図6)2000年市民委員会アンケート(終末期の医療)

療の受け方について考えたことがあるか)



② くまもと在宅医療・ケア支援センターの設置

2. 情報収集・発信



マッピングを行い、「在宅医療相談窓口」の基礎資料として活用

C くまもと医療都市ネットワーク情報センター



在宅医療を提供している機関を知りたい!

在宅医療支援マップ

医療機関・介護施設一覧 (H26.7.1現在)

在宅医療支援診療所/病院、在宅療養後方支援病院の届出状況を確認しました。

中央区	東区	西区	南区	北区
Q	Q	Q	Q	Q

在宅医療支援診療所/病院、在宅療養後方支援病院の一覧はこちら

診療機関リスト

診療所	Excel	PDF
病院	Q	印刷用
中央区		印刷用
東区		印刷用
西区	Q	印刷用

【検索内容】
在宅医療の取り組み状況
(訪問診療、往診、在宅病診の届出)
在宅で対応できる診療
(在宅診療、人工呼吸器管理、点滴管理、
ターミナルケア、中心静脈栄養、経管栄養)

【3-①：京都府（京都地域包括ケア推進機構）】

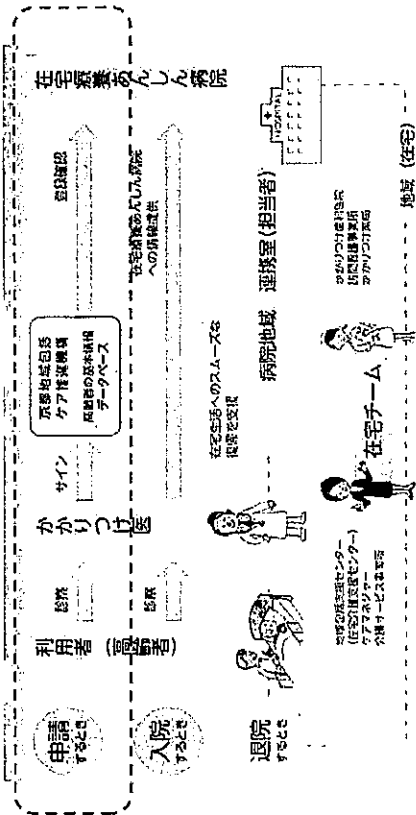
3. 急変時の対応

後方病床確保として、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報を予め登録するシステムを構築している事例

[illegible]

京都府における取組について

<在宅療養あんしん病院登録システム>



出典：京都府ホームページ

京都府では平成23年11月より在宅療養あんしん病院登録システムとして、患者が事前に入院を希望する病院(最大3病院)などの情報を登録しておくことで、体調不良時に登録情報をもちに病院での早期治療と速やかな在宅復帰を図ることを目的としている。

平成25年10月30日開催第252回中央社会保険医療協議会資料より

【3-②：八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会】

3.急変時の対応

- ・在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に介する協議会を実施している事例

八高連作成の「救急医療情報シート」について

在宅医療連携拠点事業成果報告

D, E, F 在宅医療推進と連携強化目的にてアウトリ
ーチを行った。地域住民への在宅医療普及啓発目
的にて、いばらき診療所 Annual Meeting2012 を開催
した。

2 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業採択後、直ちに「在宅医療相談窓口」を
設置した。地域の在宅医療を希望される方の相談
窓口として専従する看護師、医療コーディネーター
を配置した。中立性を重視し、地域の医療、介護情
報を提供した。

人員の選定については、ケアマネジャーの資格を
持つ看護師が必須であるが、法人内ではこの資格
を持つものは管理者であったり、現職の訪問看護師
であったりと専従者として異動させることは困難で、
新規募集をせざるを得なかった。当院の在宅医療コ
ーディネーターは、そのまま拠点事業に専従する事
ができた。講演会、カンファレンス、発表会等のイベ
ントの際には法人の他事業所や他法人の協力者
(ステークホルダー)にもば援をお願いした。当院は、
水戸在宅ケアネットワークを主催しており、ある程度
ネットワークが出来上がっている状態で事業を開始
することになった。

当事業の取り組みをご理解いただき、茨城県、水
戸市、水戸市医師会、水戸市社会福祉協議会に、
北関東ブロック発基会を後援していただいた。北関
東ブロック発基会にて、橋本昌茨城県知事に御挨拶
をしていただき、平成 25 年 1 月 30 日付の茨城
新聞に記事が掲載された。茨城県ケアマネジャー
協会、水戸済生会総合病院、水戸協同病院、水戸
日赤病院等にお伺いし事業説明、ご協力をお願い
した。本年度事業内で、県内全域まで見据えたネッ
トワークの構築は困難であったが、多職種リーダー
研修を共催したことで県全域へのネットワーク構築
のきかけができた。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取
組み方針について

【拠点事業が介入する前の地域の在宅医療・介護の
普及状況や抱えていた課題】

- A 在宅医療を担う医師が少ない
- B 医師が在宅医療を理解していない
- C 在宅医療従事者の負担が大き
- D 在宅医療と介護・福祉との連携が少ない
- E 地域の在宅医療支援診療所間の連携が少ない
- F ステークホルダーとの連携が少ない

【最も重要な課題】

B 医師が在宅医療を理解していない

【取り組み】

- ① 中核病院の院内職員対象の在宅医療講演会
- ② 在宅医療科・退院支援外来の新設、在宅医療科
利用ガイド作成

【その他の課題についての取り組み】

A, C 在宅医療に関する茨城県の検討委員会にて、
県立病院や公的な医療機関に携わる医師が、在宅
医療を提供する、あるいは在宅医療を担う医療機関
に出向いて診療するなど、医師の流動化について要
請した。在宅医療分野の最も重要な課題として提案し
たが、計画に記載されることはなかった。参考意見とし
て記録には残った。当事業所単体でどうすることもで
きない課題である。在宅医療のあらゆる場面に対応で
きる事務職員として、在宅医療コーディネーターを育
成した。

C 在宅患者数の少ない小規模在宅医療支援診療
所と連携した。

D 顔の見える関係の構築、「交流の場」を提供のた
め水戸在宅ケアネットワークおよび、水戸在宅ケアカ
ンファレンスを継続した。多職種の理解を深めるため、
水戸在宅ネットワーク会員のなかから、業種内容や事業
所についての研修会の開催を企画した。介護職員の
医療に対する知識向上を目的に医療体験を企画し
た。

【3-③：いばらき診療所みと】

3.急変時の対応

- ・ コールセンターを設置し、コーディネーターが夜間等の
電話を受けることにより 24 時間体制を構築している事

例

【取り組み】

1. フォムネットでの検索 フォムネットでの検索に関しては、水戸市内、市外の医療機関、訪問看護ステーション、訪問リハビリ、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問入浴事業所、訪問理容、デイサービス、グループホーム、レクリエーション事業所、地域支援、障害者施設、行政などに関する検索を行い、利用可能な資源の把握を行った。

2. 水戸在宅ケアネットワーク 平成22年8月に「顔の見える関係」の構築、「交流の場」の提供を目的とし、水戸在宅ケアネットワークを発足させた。現在では会員数179名。会員の職種としては看護師、薬剤師、ケアマネジャー、民間救急と多職種に亘り、会員を中心として行うカンファレンス、「水戸在宅ケアカンファレンス」にて顔の見える関係を築く事ができている。

3. 当院の連携先リストの整理 在宅医療専門の相談員として在宅医療コーディネーターを配置している。訪問業務、相談業務、連携業務等、電話対応等の業務を行い、当院のサービス提供の中心となっている。その在宅医療コーディネーターそれぞれが所有している連絡網や連携連絡先を調査した。

地域の医療・福祉資源の把握としては以上の3点が上げられ、その情報を基にアウトリーチを実施した。近隣の医療機関や、地域包括支援センター、地域窓口、介護施設等へ在宅医療や相談窓口設置の説明を行い、今年度45施設を訪問した。また、それらで把握した内容をリスト化し、水戸在宅ケアカンファレンス・アニュアルミーティング等への案内状や、医療・介護連携ガイドブック作成のため各事業所へのアンケート依頼時の送付先として使用した。

【努力】把握期間として1ヵ月半を要した。拠点事業のスタッフ3名、医師1名、事務職員2名が担当。

【工夫】検索にあげられた資源のなかには実働していないものもあり、電話での実働確認をおこなった。

【効果】地域の医療・福祉資源の把握に関しては一

覧表が完成しており、講演会の案内を送付し、新たな「顔の見える関係」の構築をすることができた。しかし資源の活用としては内容は薄く、詳細確認に関してはインターネットや電話での確認をしている。その対策として医療・介護連携ガイドマップを、茨城県看護協会との協同作成となり、把握した資源を基として看護協会が案内送付、アンケート集計を行った。現在印刷中である。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

【取り組み】今年度内に水戸在宅ケアネットワーク総会1回(年1回)、水戸在宅ケアカンファレンスを3回(3ヵ月に1回)開催した。合計194名(延べ人数)の参加があった。

【努力・工夫】誰が「できる」だけでなく多くの医療・介護関係者に参加いただき、「顔の見える関係」を構築するため、毎回497の事業所へ案内を送付し開催準備を行った。参加メンバーは、医師・歯科医師・リハビリ関係者・看護師・薬剤師・介護支援専門員・社会福祉士・介護職員・その他多職種に亘る。全職種が関心を持ってもらうにはどのような議題が良いのかを、役員で協議し、拠点事業のスタッフ3名、事務職員1名によって1ヵ月以上前から会場の予約、案内状の作成、資料の準備のほか、グループワークでは多職種が混ざり合うようにメンバーを決めるなど、開催に向け取り組みを進めた。

【効果】カンファレンス3回の水戸在宅ケアネットワーク会員の参加者合計は94人(延べ人数)だが、非会員は3回合計で119人(延べ人数)となり、新規参加者が増加している。水戸在宅ケアネットワークの知名度の向上と、医療介護連携に関心がある関係者が増加している結果である。

(3) 研修の実施

【取り組み】地域医療・介護関係機関の知識向上目的に「いばらき診療所在宅ケアの基礎講座」と題し、外部講師による多職種向け研修会を2回、在宅医療推進目的に「いばらき診療所と院長、いばらき診療所看護部長による医療機関向け研修会

を6回、いばらき診療所みと院長の地域医療機関への研修会を1回、いばらき診療所みと院長と医療コーディネーターによる研修会を1回、いばらき診療所訪問看護ステーション研修会を2回、の合計1・2回研修会を開催した。また、在宅医療関係者の知識向上目的にて体験型研修会を3回開催した。外部講師による多職種向け講演会は、「高齢者の骨折と運動療法」に102人、「在宅における感染予防の基礎知識とワカチについて」には59人の参加があった。在宅医療推進のための医療機関向け講演会は地域施設での講演会1回、医療機関での講演会5回の合計6回開催した。

【効果・工夫】参加者は合計422人の参加があった。しかし、医療機関での講演後に新規在宅移行患者が増加する事はなく、即効性のある効果は出なかった。地域医療機関への研修会では、在宅医療の現状と問題点を挙げ、安心して在宅療養を始めるためには在宅移行患者の情報を早期に提供して欲しいと説明し、その医療機関では早期の退院時カンファレンス開催や患者情報等を早期に提供するなど患者への配慮がされた。在宅医療関係者への体験型研修会では合計16名が参加され、アンケート結果では、特に胃ろうの仕組みなどに関心を示し、全員からとても為になったとの回答があった。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

【取り組み】いばらき診療所は、訪問診療に特化した医療機関である。水戸市、日立市、ひたちなか市、東海村、茨城町に5つの診療所、訪問看護ステーションが4事業所あり、24時間365日体制が確立されている。地域の介護提供体制としては水戸市内で24時間訪問介護を提供しているのは1事業所あり、介護施設は介護保険施設が10件、介護福祉施設が18件、ショートステイ受け入れ施設が38件ある。また、小規模多機能型施設は7件あり、介護の提供を行っている。

【工夫】開院時より24時間コールセンターを設置しており、在宅医療コーディネーターが電話を受けて

いる。電話を受けた場合には、患者の状態を詳しく聞き、その後、状況に応じて看護師や医師にコンサルテーションをする。医師の判断で在宅となった場合、必ず在宅医療コーディネーターが同行する。【効果】在宅医療コーディネーターが電話対応し、対応の振り分けを行うため、看護師、医師の負担軽減となっている。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

【取り組み】水戸在宅ケアネットワークにて、カンファレンスを開催し、多職種交流の場を提供した。頻度としては3ヵ月に1回を目安として開催。

【工夫】カンファレンスでは、より顔なじみになれるよう、講演会のはかグループワークを実施し、カンファレンス終了後には名刺交換会を行った。

【効果】水戸在宅ケアカンファレンスへのケアマネジャー参加者数は第9回14人、第10回は12人、第11回は19人の参加があった。水戸在宅ケアネットワーク設立当初としてはケアマネジャーとの連携強化が目的としてあげられており、ケアマネジャーの参加は参加者合計で毎回25%前後を占め参加率が高い。

(6) 効果的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

【取り組み】茨城県・東北脳卒中地域連携バス研究会、茨城県大腸骨頸部骨折県央ネットワークへの医師、在宅医療コーディネーターの参加による意見交換を行った。連携バスは既に使用している形式がある。リハビリが主導する会になっており、居宅系ケアや在宅医療はコンセプトにおまわりしていない。運用もきわめて少ない。ITは活用されていない。非常に課題が多い。回復期リハビリが中心となり、ようやく看護施設が参入したレベルである。

(7) 地域住民への普及・啓発
【取り組み】地域住民向けの、いばらき診療所Annual Meeting2012を開催した。1日目は内閣官房社会政策改革担当室長中村秀一先生による講演会を開催した。2日目はいばらき診療所スタッフによる体験

相談会、各診療所院長による講演、いばらき診療所在宅医療推進協議会を開催した。医師5名、拠点事業スタッフ3名、事務員9名、看護師・リハビリスタッフ13名により各体験相談会や講演会が行われた。

【効果・工夫】一般参加者は1日10名、2日目3名と少なく、訪問診療新規患者数も11月8名、12月8名と変化なく、普及啓蒙の効果は出なかった。拠点事業としての、在宅医療普及啓蒙目的のパンフレットは、いばらき診療所みと独自のものではなく、標準的な在宅医療について記載されたものを作成される方が良いと判断し、新しいパンフレットの作製は行わなかった。ホームページは、拠点事業の公共性を考慮していくことと、当法人の方針とのギャップが埋まらず断念した。

差別化と公平性は、相反するので表記が非常に困難であった。茨城県の事業として行った多職種協働リーダー研修でも同様の問題点があった。研修会スライドの内容で、いばらき診療所を連想するような記載の削除を求められた。

(8)災害発生時の対応策

【取り組み】災害時に患者自身が医療機器への対応ができるように災害時マニュアルを作成した。災害時使用する物品としては、吸引やネプライザーを使用している患者さんが、災害による停電時等に使用できるよう充電式吸引器を3台、充電式ネプライザーを5台、アンビニューバップ1台、ACDCコンバーター5台、発電機2台、20Lガリンタン1台、常時満タンにして

【工夫】ガリンタン1台については、常時満タンにしておき3カ月に一度訪問診療車へ移し新しく満タンにする形で運用管理している。

4.特に創制的又は先進的だと思ふ取り組み

【取り組み】地域医療機関内にて、「在宅医療・退院支援外来」として在宅移行希望患者の相談受付及び、診療を実施した。在宅医療相談窓口として入院病院からの退院に伴う在宅医療に関する相談を受けている。退院支援を行う上で、電話での相談や紹介状等の書類での情報共有では不足することも多く、またその確認に時間がかかってし

まうことも少なくない。患者様の病状によってはなるべく早急な退院支援が必要となる場合もある。そのような問題に対し、退院支援については入院医療機関と在宅医療に関わる機関に円滑な連携による医療体制を確保することが必要であろうと考えた。また、自宅療養が可能かどうかの判断をすることに關しても入院病院側としては困難であり、在宅医療科を設置することによって、院内、院外に對しての在宅医療の窓口が周知され、定期的な外来科を設定することで、紹介、コンサルテーションの枠組みが出来た。さらに、適切な退院を支援ができ、それに伴った入院病院の負担軽減やMSWの負担軽減を図るため取り組んだ。

【努力・誰が】「在宅医療科」の開設までには、在宅医療について院内講演会を2回、事務担当者による打ち合わせを1回、その他打ち合わせは十数回にわたった。約2ヶ月間の準備期間の後、平成25年1月10日に、外来開始となった。いばらき診療所みと医師1名、在宅医療コーディネーター1名、病院医師、病棟看護師、病院ソーシャルワーカーが担当し、毎週水曜日から実施している。

【効果】現在まで相談件数9件、在宅移行患者3名。相談者内訳として病棟医師から6件、病院ソーシャルワーカーから3件となっている。(3/27現在)在宅移行に關して本来であれば各職種との数度のやり取りが必要となるところであるが、その場で様々な展開を想定した上での方針や対応策を決定できたことは大きな時間短縮、負担軽減につながったといえる。しかし1日に2件の相談が最多であり、現時点で相談件数の増加もみられない。在宅医療科設置前に院内向け説明会を行ったことや、パシコン上の院内ニュースに在宅診療科の案内を掲示するなど周知活動を実施した。利用率の向上が今後の課題である。

在宅医療コーディネーター育成事業を企画実施している。現在医療コーディネーター育成用のテキストを作成中であり、大学のゼミと連携し来年度9月にゼミ開始予定である。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

【水戸在宅ケアカンファレンス】

今年度は、在宅医療連携拠点事業と共催として、合計3回のケアカンファレンスが行われ、これまでに以上にも多職種多事業所の参加があり、地域の多職種連携構築に効果があった。地域包括支援センターからの参加や、新規事業所の参加の増加があり、水戸在宅ケアネットワーク会員は179名だが、設立時より水戸在宅ケアカンファレンスへ一回以上参加した関係者は、実人数376名延べ718名となり、一回以上参加した事業所数は169事業所、延べ419事業所の参加があった。

【在宅医療ホットラインの確立】

他の医療機関、事業所などと患者様・利用者様のやり取りなどを行っていく中で、在宅医療ホットラインの構築がなされた。24時間365日対応可能であり、地域医療支援病院や回復期リハビリテーション病院をはじめ、市町村、地域包括支援センターと連絡を取り合う機会が頻回にある。在宅医療ホットラインという形で、それぞれの医療機関からの問い合わせや、情報共有が迅速に行われている。

【多職種協働地域リーダー研修】

平成25年3月20日、県内全域の医療・介護・福祉・行政・保健所が一堂に集まり研修会を行った。地域別にグループを作り、講演からグループワークまで実施し、多職種協働を体験できた。アンケートを集中中であるが、概ね好評であったと報告を受けた。課題に関しては、今後検討委員会で継続審議されることになっている。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

地域住民への在宅医療普及啓発目的に、Annual Meetingを開催したが一般の参加者が少なかった。案内状は医療介護関係機関のみではなく、患者家族の会などにも幅広く1000件を越え送付したが参加には至らなかった。市報等へ案内方法を検討すべきで

た。また、公民館等、地域住民が集まる場所へのチラシ配布なども検討すべきであった。在宅医療の相談会等を公民館など小集団から行う事で、地域に根付くきっかけになるのではないかと今後の検討課題である。

地域の拠点として活動するにあたり、行政、都市医師会との連携は必須であると感じた。医療従事者の負担軽減や人材育成等は一事業所が行う事で地域の在宅医療従事者の負担軽減や人材育成が効果的に行われるわけではない。今年度は、今まで培ってきた水戸在宅ケアネットワークを活かし活動してきたが、会員からの多職種の情報共有の窓口を一元化して欲しいとの生の声に応えていくためには、行政・医師会・歯科医師会・看護協会・薬剤師会・理学療法士会・作業療法士会・栄養士会・ケアマネジャー協会・介護福祉士会・など関係する全ての機関の情報共有が必要である。同じ地域の拠点である、茨城県看護協会の事業である在宅医療連携拠点推進協議会は、その可能性を秘めている。

情報のIT化を推進し、多職種のリアルタイムでの情報共有を検討してきたが、検討していたシステムにセキュリティ面で問題があり、運用見送りとなった。いばらき診療所みと内での情報共有の為にIPadminiを7台リース契約したが、専門外の医療コーディネーターが担当したため設定、運用までに時間がかかった結果となってしまう。PCの操作・設定など専門外の職員では難しい部分も多く、PC操作等専門職が配置されていることが望ましいと考えられる。PC・IT専門職の必要性を再確認した。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

連携とは、責任のなすりつけ合いではない。まず、自分たちがやるといふ仲間を集めることである。やらせられ仕事ではできない。やることはスタンダード化されており、難しいことなどない。押し付け合いをしないことが肝要である。多職種の連携をする中で、各職種の能力を結集し、地域の為に活動するという方向性を共

有することが大切であると考え。

退院支援が在宅医療の一つの窓口であると考えている。在宅医療が必要になった時、その患者さんに何が必要かを考える。そういった経験を積んでいくことが、連携になる。患者さん放きに、会議しても何も生まれない。知識を得るだけであれば、インターネットを利用すれば十分である。在宅医療の実践を通じて、地域で必要とされている課題を一つ一つ抽出し、話し合っで解決していくという地道なやり方が最も大切である。

1 人の患者さんの在宅医療をできない組織やケアチームが、地域全体の在宅患者を診ることは不可能である。地域が広域であるうと、一つ一つの症例を経験していくことで連携も成熟しく。

新規参入するのであれば、これまでの経験やネットワークを十分活用できる地域が望ましい。自分の勤務先病院の周辺、研修先病院、医局の関連病院、あらゆるネットワークを活用していくことが必要であり、研修先病院の目の前で開業するなど有効である。さらに言えば、病院が外来の一部の機能を門前の診療所に移し、病院と診療所が連携して在宅医療を展開する場合、複数の医師が所属する医療機関や病院が在宅医療に参入するとてもよいモデルと言える。その場合、病院が拠点となり介護が連携していくというやり方が効率的である。病院が在宅医療に参入することに対する批判的な意見があるが、あらゆる医療機関や介護関連施設が協力して地域包括ケアを実践すべきである。

サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームをはじめとする入居系介護サービスを利用している方への在宅医療ニーズが急増している。介護保険の保険者である市町村との連携は必須であることは言うまでもない

8 最後に

在宅医療連携拠点事業で、最も効果があった点は「全国の拠点と顔の見える関係を築いた」ことである。一堂に集まるという意味は、良い取り組みだったと評

価している。在宅医療を普及させると、医師不足を改善することは別問題であり、茨城県のような医師・看護師不足の地域で、同じタスクで事業をすることの意味があるのかないのかは、今後検討される課題である。当地域で最も問題なのは、医師・看護師不足である。

在宅医療を専門としている在宅療養支援診療所にとって、連携は既に確立されていて大きな課題ではなかった。研修会等々でも、医師会と行政の関係性が大きく取り上げられ、はっきり言って教鞭の外であった。そこが問題とはじめからわかっていたのだから、拠点は市町村の地域包括支援センターと都市医師会の在宅医療担当の共催とすべきと考え。平成 25 年 3 月 17 日に行われた、日本医師会在宅医療支援フォーラム

<http://www.med.or.jp/fma/nichi/zaitaku/001450.html> が行われた後は、多少風向きが変わった印象がある。公共性、公平性を重視するのか、在宅医療の質を重視するのか全く質の違ったタスクが混同しており戸惑いが多く、単一診療所が担うには重いタスクが多かった。特に、多職種連携がすべてを単一診療所がまとめることは非常に困難であった。連携というキーワードが進める事業は、団体が主催すべきだと考える。連携とは聞こえはよいが、在宅医療を受ける側からみると、見方によっては見放されると印象付ける可能性がある。本来在宅医療は、利用者である患者さんとの結びつきが強いはずである。多職種の連携が在宅医療の課題ではなく、患者さんとの関係が希薄な医師が多い事が課題なのだという印象を持った。連携したら、在宅医療が進むというのは在宅医療をやっていない人の発想なのかもしれない。最初から、どこかに依存しているようなやり方で広めることは、リスクを伴う可能性を秘めている。在宅医療で最も大切なのは、「医師患者関係の確立」である。この議論がなかったのは、今後の課題ではないだろうか。ただ、現場で働いている在宅医の方々は、すでに確立している印象も得た。

【3-④：湘南真田クリニック】

3. 急変時の対応

- ・ 介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習を実施している事例

図「第1回在宅医療・介護・福祉を考える多職種フォーラム」(2013年2月9日)

3. 在宅ケア介護従事者のための救命講習

平成25年2月9日の「在宅医療・介護・福祉を考える多職種フォーラム」の開催を踏まえ、在宅ケア介護従事者が、在宅ケアの最前線で様々なリスクを負い現場での対応に苦慮していることから、介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの上を図るため、平塚市消防本部と協働し、在宅ケア介護従事者のための救命講習を開催した。そのため、在宅医療連携拠点事業所が消防本部担当者と協議し、消防本部から会場(消防署の研修会場)の確保と救命講習指導員の派遣をしていただいた。プログラムは、救急指導医の講演、救命講習テキストに基づく救命講習指導員による指導、普通救命講習の修了証の授与とした。2013年2月22日に第1回(30名)、3月9日に第2回(27名)を開始したが、事業所からの要望が高いため、在宅医療と救急医療との連携を促進しながら、2013年度も継続していきたいと考えている。

資料9に、救急指導医の講演内容を示す。



図 第1回在宅ケア介護従事者のための救命講習(2013年2月22日)

【3-⑤：千葉県柏市】

3. 急変時の対応

- ・ 関係団体等と協働で、24時間体制構築のためのコーディネートや支援をしている事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名： 柏市

(本市ホームページに掲載)

- ②『顔の見える関係会議』にて地域資源把握のためのグループワークを実施。

③成果

- ①マップ作成を行うことにより、エリア毎の医療資源の分布状況を把握することができた。
②それぞれの職種が、自身のサービス提供エリアにおける医療・介護資源を把握できただけでなく、グループワークに地域包括支援センター職員や、民生委員を組み入れたことにより、地域高齢者が抱える課題やインフォーマルサラービスの状況について、情報共有することができた。

③課題

訪問看護ステーションの不足など、サービス量の不足が課題となっているため、拠点を担う行政として、看護師の雇用促進などの対策に取り組んでいきたい。

- (2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

③実績

- ①連携WG(8回)
多職種による連携体制の検討
②顔の見える関係会議(4回)
多職種の『顔の見える関係』構築と、連携課題及び解決策の抽出
③地域ケア会議(2回)
サービス担当者のみでは解決できない困難ケースについて、医療関係者からの助言により支援方針を検討
④試行WG(4回)
主治医・副主治医・ICITシステムを利用した多職種連携・拠点による多職種による在宅ケア

③実績
①在宅医療福祉資源マップの作成

- 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について
東京のベッドタウンとして、今後加速的に高齢化が進むことが考えられることから、在宅医療の推進と医療・介護連携強化が喫緊の課題となっている。

拠点として医師会及び関係団体・機関と緊密な連携のもと、医師をはじめとした他職種の連携ルールを検討する連携WGを中心に、各WGにて課題抽出と解決策の検討を行い、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

- 2 拠点事業の立ち上げについて
平成23年度より医師をはじめとした多職種連携を連携WGを中心に進めていたことから、本事業に係るタスクについても同WGにて調整しながら取り組んだ。

また、事業の細部については、随時医師会等との協議を重ね、相互の意見を取り入れて事業展開することに留意した。

拠点立ち上げにあたり苦労した点としては、市の予算制度上、拠点事業が採択されるまではMSWの雇用ができなかったことから、雇用の手続きについて年度途中になってしまい、募集に関して様々な機関への相談・呼びかけを行う必要があったことがあげられる。

- 3 拠点事業での取り組みについて

本市における取り組み全体としては、医師会が中心となり、拠点(柏市)が事務局となることにより、多くの機関・職種が本事業に参画していただくことができた。

- (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

③実績

①在宅医療福祉資源マップの作成

チームのコーディネートを実際の症例を基に試行

⑤試行WG評価チーム

試行症例の自己評価・検証

⑥10病院会議(4回)

在宅医療を推進するための病院のバックアップ体制と退院時調整のあり方の検討

③成果

- ①連携WG
多職種連携の課題を抽出し議論した結果を『ルールブック(仮)』として取りまとめている。
②顔の見える関係会議

毎回140名以上の参加者を得ることができ、多職種による活発な議論を展開することができた。8割以上の参加者から、会議の内容が『役に立った』との回答を得ている。

③地域ケア会議

今年度は、本市が実施主体となつて、モデル的に開催し、医療関係者から様々な助言を頂くことにより、医療的視点を考慮した支援策の検討に結びつけることができた。

また、今後の会議のあり方について地域包括支援センター職員と振り返りを行い、会議運営に関する課題を共有することができた。

④試行WG

21症例の試行を実施し、病院と在宅医療チームの連携促進のために、効果的な退院時共同指導の進め方などの検証ができた。あわせて関係多職種による情報共有システムの検証・改良を実施することができた。

⑤試行WG評価チーム

試行症例のうち終了した症例について、多職種及び担当者による自己評価を行い、多職種連携の『ルール』の種を抽出することができた。

⑥10病院会議

試行WGで抽出された課題に基づき、退院時調整について病院と在宅医療チーム間で共有すべき情報について協議し、『退院時共同指

導記録票』の様式整備に向けて取り組めた。

また、急変時のバックアップ体制について、退院元の病院ができるだけ患者を受け入れることについての方性を共有することができた。

③課題

多職種連携に向けた取り組みは今後も継続して実施し、『ルールブック(仮)』や『退院時共同指導記録票』として取りまとめたい。

また、『顔の見える関係会議』や『地域ケア会議』をより効果的に開催することにより、多職種連携による課題解決を推進していきたい。

(3) 研修の実施

③実績

平成25年1月に、医師会と本市が主催、関係職種団体が共催者となり、在宅医療に取り組む医師の増加及び多職種連携を目的とした研修会を開催し50名が参加した。

医師については、研修のオプションとして医師・訪問看護師・ケアマネジャーとの同行訪問も実施している。

③成果

受講者からは『在宅医療をもっと市民に知らせていきたい』『同行研修に参加し、神経難病の管理等を勉強したい』などの振り返りが得られている。

③課題

今後も継続的に研修を実施すると共に、サービス担当者の質の向上を目指した研修体制の体系化を推進していきたい。

① 在宅医療連携推進プログラム
(行憲体市民協働推進事業)

在宅及び多職種連携を促進し在宅医療の推進を図るため、市民協働推進事業として実施する。

実施期間：平成25年度(2013年度)

実施場所：市内各保健所・市民協働推進センター

実施内容：在宅医療・介護・福祉関係者との連携・協働の促進を図る。

実施方法：市内各保健所・市民協働推進センターにおいて、在宅医療・介護・福祉関係者との連携・協働の促進を図る。

実施結果：在宅医療・介護・福祉関係者との連携・協働の促進を図る。

実施評価：在宅医療・介護・福祉関係者との連携・協働の促進を図る。

また、同職種は、『顔の見える関係会議』に各回あたりの延べ人数で、地域包括支援センター職員が12人、ケアマネージャーが9人参加し、

在宅医療研修では、それぞれ6名づつ参加した。

◎課題
今後、地域包括ケアシステムを整備していくにあたって、両者は共に主要な役割を担うことから、拠点との連携を深めると共に、お互いの役割分担についての協議を行う。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携バスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡方式、方法の統一など)

◎実績
試行21症例について、関係する病院及び在宅医療チームが、実際に情報共有システムを使い情報共有に取り組んだ。

◎成果
多職種間の情報共有が円滑に行える情報共有システムとして整備するため、試行WGにて実際に利用した多職種から意見を集約し、効率的な情報共有と利便性の向上を目的とした改良を行った。

◎課題
試行症例による情報共有システムの活用を重ねると共に、より効果的なシステムの改良及び多職種への普及について進める。

(7) 地域住民への普及・啓蒙

◎実績
在宅医療の取組みについて市民の理解を求めるとともに、自身の今後の生活について考える契機とするため、各コミュニティエリアの民生委員・健康づくり推進員等の制度ボランティア及びふるさと協議会(町会等のコミュニティ組織)、地区社会福祉協議会、地域のサロン等に出向いて計63回約1,600人に実施した。

◎成果

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

◎実績
在宅医療に取り組む医師の負担軽減を目的として、主治医・副主治医の試行を21症例実施した。

また、終了した症例についての検証を実施し、医療・看護・介護の連携強化に向けたルールの基礎となる意見の集約を行った。

◎成果
『(2)会議の実施』の項でも記載しているが、症例を通じて病院と在宅医療チーム間の共有すべき情報の整理と、在宅医療チーム内での情報共有のあり方について検証できた。

◎課題
主治医の負担軽減のための副主治医の役割及び医師のグループ化のあり方について、医師会の『在宅プライマリ・ケア委員会』が主体となって検討し、引き続き症例を通じた検証と、制度の全市展開に向けた一定のルールづくりを目指す。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネージャーを対象にした支援の実施

◎実績
主治医・副主治医の試行を行う中で、在宅で医療ニーズの高い利用者の生活を支援している地域包括支援センター及びケアマネージャーからの相談に応じた。

また、拠点が開催する各会議には、包括支援センター及びケアマネージャーも参加しており、在宅医療研修についても、両者から参加者を募っている。

◎成果
地域包括支援センター及びケアマネージャーからの相談があったケースに対し、医師会との連携のもと、在宅医療を受けることができるようネットワークを行った。

参加者アンケートの結果、約8割の参加者から『在宅医療・在宅ケアに関心を持った』『自分や家族・近隣の方の高齢期の暮らし方について考える機会となった』との回答を得た。

また、約7割の参加者から『家族や周囲の人から相談を受けたとき、説明会の内容を紹介したいと思った』との回答を得ると同時に、『在宅介護の難しさ』や正しい知識や情報が大切といった意見が多く聞かれた。

◎課題

今年度は、市内の全ての民生委員や健康づくり推進員への啓蒙を行うことができたが、各コミュニティエリア単位の啓蒙や地域のサロンでの啓蒙はまだ不十分と考えている。

平成25年度は、在宅医療の実際の場面に於いて、医師・看護師から具体的に話す取り組みや、モデル的な啓蒙活動の展開等を進めることにより、より一層理解を得ていきたい。

(8) 災害発生時の対応策

◎実績
柏市の地震災害による被害想定では、市内全域が倒壊するほどの被害は想定されていないが、ライフラインの途絶は十分に可能性がある。このことから特に優先度が高い発電機及びバッテリー搭載型の備品を整備した。

◎成果

整備した備品等
AED、蘇生バッグ、ポータブル吸引機(充電式)、発電機、ソーラー電波時計、ソーラーラジオ(懐中電灯)

◎課題

本市の防災計画及び医師会が整備する災害対応マニュアルに基づき、在宅医療が継続されるための対策について検討を進めたい。

4 特に独創的だと思う取り組み

◎在宅医療推進体制づくり
医師会と行政の緊密な連携と声かけにより、関連

団体が一堂に会し方向性の確認と多職種連携のルールづくりの必要性の共有が図られている。

◎市民啓蒙

拠点が市町村行政であったことから、地域住民との強い繋がりを活かして、草の根的な啓蒙・情報共有が可能であった。

◎在宅医療研修

拠点和医師会が主催者となり、関係職種団体が共催者となることにより、上記の推進体制づくりとの相乗効果で、多くの多職種の参加が得られた。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

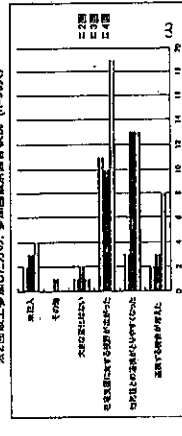
拠点事業採択者が行政機関ということから、市内全域を事業対象とした『面』での取り組みと、全ての職種団体と連携ができた。

特に、『顔の見える関係会議』では、回を重ねるに従いより多くの職種と人数の参加が得られた。また、参加回数が多い参加者ほど『在宅支援に対する視野が広がった』『多職種との連携がとりやすくなった』との声が得られている。

会議終了後、具体的に連携を図った事例も多く見られ、関係者の意識の共有や、在宅医療推進の機運を高めることにつながった。

◎顔の見える関係会議アンケート結果

【5】会議に参加して他職種との連携でこれまでとは変わったこと、感じたことはありますか？(選4回アンケートより)



4回参加した方は、3回以下の参加回数の方より「連携する機会が増えた」「連携がとりやすくなった」「視野が広がった」と回答した人数が多かった。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

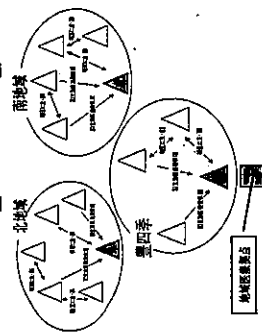
① 24時間在宅医療提供体制の構築方針について

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

1. かかりつけ医の負担軽減
 - 主治医・副主治医システムの構築
2. 主治医・副主治医のチーム編成
 - 地域医療拠点の整備
 - 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

<主治医・副主治医システム>

△主治医(可兼任) 〇副主治医(可兼任) △主治医(可兼任) 〇副主治医(可兼任)



※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

<24年度の取組>

- ※6名の主治医と1名の副主治医による
試行 2.1 症例実施
- ※試行WG4回実施
(5/18, 7/20, 9/21, 1/18)
→効果的な多職種連携のための情報共有システムの検討
- ※評価チーム7回実施
(7/13, 8/17, 10/11, 11/16, 12/21, 2/15, 3/15)
→試行事例を通じた情報共有システムの
使った連携の課題の抽出と評価の実施

また、国や都道府県においても、在宅医療・介護連携を市町村の業務として明確に位置づけ、支援していただきたい。

8 最後に
今年度の在宅医療連携拠点事業における成果と課題

◎成果

- ・行政(介護保険者)と医師会が中心となって呼びかけを行うことにより、全ての多職種団体を網羅し、連携の枠組みが構築された。

- ・上記枠組みの中で他職種の関係作りや連携のためのルール作りを行うことにより、在宅医療の面的な(全市への)広がりが期待される。

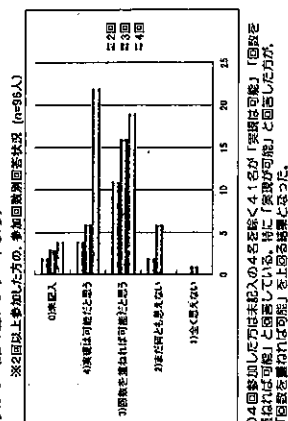
- ・草の根的な市民啓発活動により、市民の期待や不安の声が明らかになった。さらに、説明を聞いた市民が、より多くの周囲へ知らせようという動きが生まれた。

◎課題

今年度の成果を基に、主治医・副主治医体制の体制整備及び、多職種連携・ルール確立に取り組む。

また、市民に対する在宅医療の更なる啓発を実施していく。

【図】会議を頻して在宅医療・介護の連携が実現できると思いますか? (第4回アンケートより)



6 苦労した点、うまくいかなかった点

本市は、実際に医療や介護サービスを提供する組織でないことから、サービスの実情・課題の把握や実際の症例を通じた試行については、各職種に取り組みをお願いせざるを得なかった。

また、行政機関が患者情報を取得し、在宅医療チームに情報を提供する場合は、行政機関の保有情報となることから、個人情報の提供同意書や、その取得手順を整備し、庁内の個人情報保護委員会に諮るなどの多くの手続きが必要となった。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

在宅医療を面的に展開するためには、市町村と医師会が連携して取り組みを行うことが重要と考える。行政機関として拠点を担う場合、多職種の中心として医師会がリードし、行政機関は事務局的な役割を担い、全体の調整と関係機関・団体への呼びかけを行うことにより、全ての多職種が参画する中で、地域といっしょの事業展開が実現できる。

また、市民啓発活動について、地域関係団体との日頃の連携により、全域での取り組みを進めることができる。

一方、行政以外の機関が拠点の取り組みを行う場合には、行政及び医師会と連携を図ることにより、拠点の効果的な取り組みを行政区域全体の仕組みとして関係者が共有できる。

このため、地域の行政及び医師会へ根強く調整していくことが重要である。

【4-②：小笠原内科】

4. 看取り

・ 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成
するのための、多職種の研修や施設との合同開催の研修を
実施している事例

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人聖徳会 小笠原内科

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

本県の高齢者は、平成 32 年にはピークを迎えて、56.4 万人に達すると見込まれ、平成 47 年には 3 人に 1 人は高齢者になると予想される。高齢者単独世帯は今後 20 年間で約 1.6 倍増加し、高齢者単独と高齢夫婦のみ世帯の割合が 25.1%に達する見込みで全国を上回るペースで増加を続けている。今後、長期にわたる療養や介護を必要とする患者が増加すると考えられるが、医療資源は全県下で全国平均を大きく下回り、病床数も年々減少傾向にある。今回拠点事業の対象とした地域の岐阜市は県人口の 39%が集まっているため医療資源はあるものの、医学部のある県庁所在地としての医療サービス提供レベルは、決して高い値ではない。埼玉県や千葉県が医療サービス提供のかなり部分を東京に依存しているのと同様に岐阜県は医療提供のかなりの部分を隣接した愛知県に依存している。住民は昔からこの地域で暮らしている為、住み慣れた地域での療養を希望し、在宅での看取りのニーズが高いが、在宅看取りを実施する地元の医療機関が十分ではない、在宅看取りに対する病院・市民の知識が少なく、という課題がある。特に高齢単独世帯、高齢夫婦のみ世帯のような介護力が少ない在宅困難例は、医療サービスだけで支えることは不可能で多職種間の調整のスキルを要し、医療と介護、福祉、保健サービスが連携し提供される体制作りが重要となる。小笠原内科は以前より「ータルヘルスプランナー（THP）のケアシステムで（資料 1）独居の看取りの実績を重ねてきたが、今回この拠点事業で教育的在宅緩和ケアに積極的に取り組んでいくことによる在宅医療の『点から面へ』の展開を行うことを方針としてあげた。（資料 2）

2 拠点事業の立ち上げについて

当院はすべての疾患の患者の在宅医療を行いな

がら、主に末期がん患者の在宅緩和ケアに力を入れている。医療ソーシャルワーカーの役割は担当医療・看護・福祉・保健全般の視野を持つ多職種連携のキーパーソンである THP を在宅療養の中心に据えてから、がんの在宅看取り率はそれ以前の在宅ホスピスコーナーディネーターと比し、95%に向上した。

THP はケアマネ資格を持つ看護部長がその任にあたるが、同じくケアマネ資格を持つ経験豊かな看護師を補佐として配置、その他事務管理や計画実施のための補助者も配置、院長、副院長、当院スタッフは拠点事業計画実施の際の協力者となった。事業にあたり、多職種間の情報共有のためのカンファレンスや勉強会などの計画、情報分析・管理のために研究員も依頼した。この研究員は当初、地元の大分に依頼したが、採択後の依頼では既に大学は年度計画立案後のこともあり協力が得られなかったため、遠隔医療学会に関係する研究員をお願いした。多職種連携に関するデータ分析により、今後の連携の在り方が示された。実施計画の緩和ケア活動の中では、公的資源のほかに新たな資源として期待されるボランティアを養成する講師も依頼した。

事業採択後は、県・市医師会に報告し協力をお願いした。また、以前より連携していた医師 18 名からなる岐阜ホスピス安心ネットの会員の会合や連携拠点協議会を開催し、各方面の関係者に趣旨説明、協力要請を行った。7 月の説明会時、岐阜市の担当者は欠席であったので、市として協力すべき点を説明会の記載された資料を基に報告した。今回、岐阜市は介護保険課が担当となったが、在宅医療推進のための講演会の連絡や資源マップ、ガイドの製作協力などは介護保険課での対応することではないと指摘を受けたことがあった。市による担当すべき部署の指定があれば、運営がしやすかったのではなかったかと思う。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

平成21年から教育的在宅療育ケア、平成23年から、岐阜ホスピス安心ネットの活動を行っており、当院から30km離れた地域へも訪問診療、訪問看護を行っていたので、地域の医療資源については申請する程度は把握していた。平成20年に日本在宅ホスピス協会全国大会を当院院長が大会長となり、主催した際に、地域の在宅医・訪問看護師、病院医師・地域連携室、遠隔調整看護師と実行委員会を立ち上げ、顔と顔が見える関係の連携が出来ていたこととあり、他医療機関に依頼されたケースや在宅困難例と思われるケース等難易度の高い相談を受けて対応してきたので、各地域の中心となる医療機関や訪問看護ステーション、調剤薬局などの詳細な情報も把握できていた。一方、介護資源は主にファミネットにより情報収集を行った。拠点事業の活動が開始してからは、多職種連携のための医療福祉資源マップ・ガイド作成を行うに当たり、各事業所より情報を集めた。尚、マップに関しては、市役所に問い合わせるまでもマップングをする資料になるものがない、しかも地域包括センターの区割りが平成25年度より変更になるとの事であったので、小学校区単位に作成することとした。試作してみたところ白地図では細かな所がぼやけてしまい、業者に依頼するには、著作権の関係で大量の印刷配布には不向きであった。そのため予算と手間を最小限に抑えるため、地理に詳しい地元の方の協力を仰ぎ、結果として作成されたマップは大変見やすいと評価を頂き、県医師会会館にも展示して頂いた。ガイドは目的、趣旨を医師会、ステーション連絡会、ケアマネ協議会、ヘルパー協議会や各事業所に文書配布もしくは直接出向いて説明し、アンケート調査を行った。回収率は72、9%であった。調査を行うにあたって、協力者が向いたが、予約を取りかわしても先方は多忙の故に、負担だと聞くことが度々あり、FAXでのやり取りとなった。個人情報保護の関係から、承諾を得た範囲のみ掲載となり、配布先は、拠点地域の病院・遠隔調整室、地域包括支援センターのみとした。わかりやすい「活用できる」相談しやすいと思う「拠点地域以外のものも作成して欲しい」との感想

が多数寄せられた。在宅医療資源マップ・ガイドはこのように連携において重要な情報源となる事が分かったが行政が中心となり作成した方が目的・趣旨も理解されやすくスムーズに詳しい情報が集められると感じた。(資料3)

(2) 会議の開催

A 在宅医療連携拠点協議会について

各方面の管理者クラスに呼びかけ、2回行った。

第1回 平成24年6月28日

出席メンバー

- ・岐阜市医師会 地域包括支援センター
- ・岐阜県、岐阜市歯科医師会
- ・行政担当者(県・市)
- ・岐阜県理学療法士会
- ・岐阜県訪問介護協会
- ・岐阜県居宅介護支援事業協議会
- ・岐阜市介護支援専門員連絡協議会
- ・岐阜県栄養士会
- ・岐阜県作業療法士会
- ・岐阜県看護協会
- ・岐阜県訪問看護ステーション連絡会

・拠点事務局 計44名参加

県の健康福祉部、市医師会長の挨拶後、在宅拠点事業の趣旨、目的、予定の説明、地域の課題について意見を寄せ合った。

拠点事業者として抽出した課題の発表後にあがった意見は、病院医師より、

- ・紹介元の在宅医に退院後戻そうとしても、在宅医の体制の問題でできないことがある。
- ・独居や経済的問題がある、医療依存度が高いケースだと在宅医療は困難だと思っている。
- ・特に急性期病院では在宅医療の知識不足の傾向が強い。

どこに相談するのかわからない

他参加者からは

- ・連携についてまだまだ不十分だと思う
- ・特に医師との連携が難しい。
- ・多職種の情報がわからない
- ・認知症のケースは人権問題もあり、予防からの取り組みも必要と考えたと困難。

など、皆が、顔の見える多職種連携やキーパーンションの存在の必要性を感じていることが分かった。そのため、今後予定される多職種連携カンファレンスへの期待が寄せられた。拠点事業所として、病院や地域からの相談窓口の機能を果たしていくことも更に繰り返して説明した。

第2回 平成25年2月28日

出席メンバー前回と同様 計40名

今年度の成果と報告を行った。各方面より、多職種連携カンファレンスと共に、この連携協議会が多職種連携の顔の見える関係作りになった、今後我也会の必要性を感じた、協力し合っていきたいという意見が出された。県の担当者より、来年度の事業の予定についても説明がなされ、連携において非常に有効であった多職種連携カンファレンスは県と医師会と共同でなされていくことが発表された。医師会の既存の『はやぶさネット』しようぶ会という病診連携、多職種連携のための会との融合をしていくことが課題として出された。

B 多職種連携カンファレンスについて

昨年度までも、岐阜在宅医療支援診療所連絡会や日本在宅ホスピス協会主催で多職種に呼びかけて講演会やシンポジウムをしてきたが、拠点事業ではより良い顔の見える関係作りの場の提供のために、単に講演を聞くだけでなく意見を出し合う参加型のグループワークでのカンファレンスを計画した。

行政職、県議会議員、マスコミ、在宅医師、病院医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、地域包括支援センター、居宅介護事業所、施設ケアマネ、訪問看護、病院看護師、施設看護師、MSW、リハビリスタッフ、在宅施設ヘルパー、教育関係など計4回で平均180名参加した。地域連携を行う上で重要な職種が多く参加された。アンケートによれば同グループ内の5~10人が新たに顔見知りになったとの結果が毎回得られた。会終了後の懇親会では、同じグループ以外の人と積極的交流意見交換をする熱心な参加者もあり、熱意のある人材同士を新しくつなげることで今後のこの地域の連携の発展に貢献できたことと考える。また20~30才の若い参加者も多くいたことから将来の地域連携のキーパーンションとなるような

有望な人材の啓発にもつながったと考えられる。4回終了後には、ヘルパー、ケアマネから「医師への敷居が下がった。多職種の中の自分の役割を再認識した。自分の職種のアピールすることも大切と感じた。」など以前より連携しやすくなったという評価を頂けた。

工夫した点

・毎回のアンケート回収は、参加費で購入した軽食と引き換えに集める工夫をしたので、回収率は91%であった。

・カンファレンスに参加することにより、専門職種へのイメージの変化が生じたことがわかり、イメージが変わったという意見が最も多かった訪問歯科診療、訪問調整によるアピールタイムを設けた。

・グループ構成員やファシリテーターの選出など締密に打ち合わせを行ったため、スムーズな会進行となった。

苦労した点

・毎回、グループメンバーと職種の構成を考えたので、グループ分けにおいて非常に手間がかかった。

・ファシリテーターには進行やタイムキーパーをお願いすることになり負担をかけてしまった。

・開催日程については全員の希望に沿って行うことは困難だった。

・会場設定もグループワークである為に、議室形式と比べ広めの設定が必要であった。

・ファシリテーターの力量や構成メンバーにより、グループワークの盛り上がり方に差が生じた。

テーマ・参加者

第1回 多職種連携における課題の抽出

参加者 235名

第2回 在宅医療を進める上での課題への

解決策、アイディア

参加者 170名

第3回 有意義な多職種連携カンファレンスの為に

必要な事、大層な事

参加者 145名

第4回 模範ケアカンファレンス

参加者 170名

アンケート結果から見えた点(資料4)

・90%の人はこの会では多職種交流を深める場、意

見交換を行場として有意義だったと答えている。

・来年度以降の企画の希望では、活発な意見が出しやすいたいことでグループディスカッションと症例検討会等の希望が多かった。

今後の課題

・医師の出席者は4回で75名であったが、参加された医師(特に病院医師)から在宅医療は生活を支えることが大事、医師は後方支援の方が連携しやすい、多職種連携の重要性が理解でき今後もカンファレンスに参加したいという意見が多く、意識改革のためには医師への呼びかけが重要ということが分かった。今後の県主催の地域リーダー研修多職種カンファレンスに申し送る予定である。

(3) 研修の実施

A 全国から在宅医療を学びたいという研修生、訪問看護師の受け入れ50名
病院関係者や、多職種連携のためのキーパーソン育成、訪問看護育成講習会の受け入れを積極的に行なった。拠点事業所のホームベージュや各方面に配布したチラシ、当院長が会長である日本在宅ホスピス協会からの募集告知をした。内容は、8時45分からカンファレンスの参加、午前 訪問同行、午後往診同行、夜、情報交換会を基本に個人の希望に合わせた研修であった。研修終了後のアンケート結果は、多職種連携のキーパーソンとしての役割を知り、今後の業務に生かせる内容のものであった(100%)。また自由記載に地域資源をどう使っていくか、どう作っていくのかを知ることが出来たとの意見もあった。学生対象の在宅実習は、岐阜大学医学部医学科5年、岐阜大学保健学科3年、1年、岐阜県立看護大学3年、岐阜市立看護専門学校3年の計42名、その他には愛北看護学校の在宅医療の授業の講師も担当した。学生からは在宅の患者や家族の穏やかな表情に驚いた、在宅緩和ケアを深く知る事が出来た、などの意見がカンファレンスや記録から報告された。来年度も研修の受け入れや学生実習、在宅医療の講師が予定されている。病院から在宅緩和ケアの研修に来た看護師の報告と提案により来年度は各科より看護師が定期的に研修に来ることが決定された。

B 教育的在宅緩和ケア

在宅医療連携事業が求められたタスク

①多職種連携の課題に対する解決策の抽出に対する実践

②在宅医療従事者の負担軽減の支援

③効果的な医療提供のための多職種連携

④在宅医療に関する地域住民への普及啓発

⑤在宅医療に従事する人材育成

これら全部を網羅するもので、在宅医療の「点」から面への展開のための有効な手段と思われる。詳しくは4に記述する。

C 病診連携会議

病院医師、看護師、MSW が退院後の患者の在宅看取りまでの経過を知ってもらう機会が少なく在宅医療のイメージがわからない、また患者の難易度に合った在宅医療を見つげられない、在宅医療への理解が深まる目的で計画した。岐阜県医療センター、岐阜大学病院へは、7月に山崎先生が説明会を実施。①患者の状態、背景、難易度にあった医療機関へのコーディネートのための在宅患者相談室を開設すること(資料5)②会議、症例検討会を合同で実施する旨を伝えた。

①は他の機関からの相談も含め計70件の相談があった。経済的な問題により他の医療機関から断られたケースは、20km圏内であったにもかかわらず午後診療があった後、夕方より往診、訪問看護を行い、迅速に在宅緩和ケアを開始した。後日、難易度が高いので、当初在宅緩和ケアを断った医師と「教育的在宅緩和ケア」による連携をし、問題なく在宅看取りをした。また、在宅からのフリードバングの促進として、患者の笑顔の写真を添付した情報提供は、在宅で笑顔で過ごせたことがわかり安心した、もっと早い段階での在宅療養という選択を考慮したいという感想が得られ、在宅医療への理解を深める効果が見られた。

②症例検討会

県医療センター 参加者 75名

岐阜大学病院 参加者 48名

同じ患者の症例を振り返る事で、緩和ケアは在宅で行うことが患者、家族にとっての負担が少なくす

むこと、独居でも医療、介護、資源を組み合わせたトータルヘルスプランナーの介入するシステムにより安心して看取りまで支える事が可能だと伝えた。退院調整室、地域連携室が、その患者背景に見合った適切な在宅医療機関を速やかにマッチングし紹介できるような相談窓口としての機能を持つと共に、今後も継続したい活動である。他、2ヶ月毎の病診連携緩和カンファレンスにも毎回参加、在宅個々の率直な意見を述べた。在宅につなげるタイムラグやどこに相談すればよいかなど病院医師からの質問も受けた。会議の後、休暇を挟んで研修に来た病診看護師は、病棟で看ていた患者が在宅では3世代家族と穏やかに暮らしている様子を知ることが出来、今後は在宅療養を念頭に置いて関わりを実践していきたいと話し、他の病診看護師を誘って多職種連携カンファレンスにも参加してくれた。退院前カンファレンスには医師への参加を促した。地道ではあるが確実に在宅医療への理解を深める手段となっていた。次年度も継続が決定している。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護体制の構築

A 岐阜ホスピス安心ネット

在宅医療を提供している地域の医療機関では24時間対応が困難なケースがみられる為、当院では2008年よりかかりつけ医療機関の医師が1人でも24時間対応できるように近医2-3名でチームを組み、連携し合っ岐阜在宅コミュニティを当院が拠点となり18医療機関で24時間対応の在宅医療提供体制を構築するための活動をしてきた。それが発展し、教育的在宅緩和ケアを受けた12医療機関を中心に2011年2月に地域の訪問看護ステーションと連携し、24時間対応で在宅看取りまで支えるシステム「岐阜ホスピス安心ネット」が策定された。一人体制の医師でも学会や旅行に行けるなど医師の負担の軽減につながるという利点がある。訪問看護師が連携のキーパーソンとなる為、看護師のモチベーション、スキルアップにつながるという面もあり、効果的な医療連携のための多職種連携にもつながる。もともと概ね同じ理念の医師が集まっているので連携しやすいといことがあがるが、スキルアップの為に今年度、勉強会を2回開催した。参加医療機関は現在21医療機

関となった。「今日の治療方針」を用いてのオピオイドの使用法について勉強会(資料6)では、参加者70名。薬剤師や看護師の参加も多く、内容についてのアンケート結果では、参考になったという回答が90%。具体例が示され、わかりやすかった。夜間セデーションの方法も理解できたとの意見が寄せられた。他にも様々な症例を取り上げて欲しい、多職種のコミュニケーション方法が知りたいという意見もあり、今後も勉強会を継続し、参加者を増やすよう働きかけていく。

B 介護職員等による救急吸引等の実施のための第三号研修(特定の対象者)の研修機関連申請

平成24年4月の法改正を受け今後の医療依存度の高い在宅患者の増大に伴い、介護職への医療に対する情報提供とスキルアップを目指し、研修機関連の申請をした。患者・家族からは、医療のきちんとした連携のものと医療行為であらばありがたい、ヘルパーから患者・家族が希望しているの、研修を受講したいという要望があった。しかし、登録研修機が他に無く、希望者全員に対応が出来ない、実地指導看護師についての理解不足などたくさん課題があり、解決策として県、国に働きかけたことについては5に記述する。

C ①緩和ケア活動②ボランティア養成講座

・がん患者に対して、医療的な目標からではなくボランティアの目線や在宅で患者同士が交流できる場が少なくない。

・地域にいるがん患者が苦痛状態への対応、日常生活相談などについて気軽にできる場が少なくない。

・特に、独居の患者にとって、地域の社会資源の活用や、新たな資源とするボランティアの活用は、QOLの向上につながるが、ボランティアの数が少ないという現実がある。

・介護保険の限界を埋めるためにもボランティアは有効である。

以上の課題の解決策の為に①②を実施した。

①毎週木曜午後2時から4時

内容:交流、傾聴、リンパマッサージ、アロママージ、整骨、レクリエーション(手芸、音楽療法、絵画など)秋祭り、クリスマス会、ひな祭りなどイベント

もよい、楽しんだ。音楽療法は、ヘルパーやケアマネ、友人も巻き込み、在宅でも積極的に取り入れた。患者の QOL 向上にとどまらず「病気に共に自分らしく生きることを共に感じることでケアに関わる人全員が気持ちの一体化につながる機会にもなった。地域に徐々に認識されつつあり、リピーターも増えてきているので、今後も継続する予定の活動である。(資料 7)

②④回を 1 クールとしてテキストを作成し行った。計 3 クール開催

内容:ポテンシャルの様々な活用について講義、ロールプレイ、レクリエーション紹介を行った。

参加者平均 16 名

ロコモや、チラシ、病院からの紹介、講演会での告知により参加者が増えていったが、適性やマッペンにより 15 人中 4 人ほどしか実際の在宅への活動へつなげる事ができなかった。今後、地域資源を増やすためのボランティア養成講座を継続する。

①②にあたり名古屋大学大学院 がムプロフェッショナル特任講師 岡部まゆみ氏に協力して頂いて、氏が行うシンパスマッサージは、研修会で人気があり、なかなか実践の体験まですることが難しかった。のが、緩和ケアの中で、訪問看護ステーションに呼びかけ計 25 名が参加し、実技指導を直接受けることができた。「少人数指導で無料での参加がとてもありがたかった」と好評であった。今後、他のステーションの利用者へも機会があれば行ってい予定である。

D 医師会・歯科医師会・薬剤師会との連携

岐阜市医師会からは、事業全体への助言や多職種連携カンファレンスへの参加の協力が得られた。今後も拠点の持つ情報を利用してもらえるよう働きかけたい予定である。岐阜市歯科医師会の地域連携支援センターには、連携マップ・ガイドのとりまとめ、多職種連携カンファレンスへの参加呼びかけを協力して頂いた。今後は ICT を使った連携を行い、必要な患者に適切かつ速やかなケアが行なえるよう連携をしていく予定である。同時に岐阜市薬剤師会からも協力を得、以前は培養を取扱った薬局(市内 139 か所(訪問薬剤 187 か所)であった)、訪問薬剤に開

での現況の集計をお願いしている最中である。遠隔地の連携をした際、2 年前は訪問対応する所が多かった地域が今年度は対応してくれなくなり、毎回、多職種カンファレンスにも多数参加があり、積極的に取り組んでいく姿勢が見られた。歯科医師、薬剤師は、多職種連携カンファレンスの結果からも、在宅での取り組みがあまり知らないとの報告があったので、地元ラジオ番組と一緒に出演する機会も設け、最終カンファレンスの時にアピールのための時間を設けた。その後アンケートでは「訪問していただいたことが分かったので相談してみたい」との意見があった。その他、医師会、歯科医師会、栄養士会、言語聴覚士からなる「ごっこネット」へ参加し、情報交換、研修会の開催を行い、継続した口腔ケアのための取り組みを行った。

F 行政の関心している介護保険適正化委員会に参加(年 1 回開催)

参加者は、介護サービスに従事する者、職見を有する者、介護相談員、市長が必要と認める者で市長の委嘱により構成されている。岐阜市の介護保険課に挙げられた意見や困難事例などの報告が参加者になされた。訪問看護の立場から参加し助言した。また拠点事業所としての困難事例の相談窓口となる事を告知した。地域包括支援センターから協働で支援した困難事例などの報告が行われ、助言を受けたケアマネからは、「今後の業務に生かしていきたい」との感想が得られた。来年度も参加予定である。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

以前より在宅緩和ケアの相談や、医療依存度が高い患者の在宅医療についての相談、研修講師になつていく。ケアマネジャーが医療知識を得たいというニーズをもっていることを把握していた。ケアマネジャーの中には、担当者会議での意見や、研修をした際の質問内容から独居では在宅ケアは無理、認知症が進んだら家には居られないなど医療知識が乏しいゆえの思い込みがあるのだと考え、岐阜県ケアマネ協議会と共催して、医療依存度の高い単者の事例検討会を開催した。2 日間で参加者 200 名。より実践に近い形の勉強会は意欲的な参加者が多

く、効果的な研修となり、今後も協働で行っていきい。

(6) 効果的な情報共有のための取り組み

拠点事業を行う前から、他地域の医療職と連携し在宅緩和ケアを行ってきた。特に小笠原訪問看護ステーションは平成 21 年度岐阜県訪問看護協会助成、平成 22 年度日本訪問看護助成により、「小規模ステーションが負担無く在宅緩和ケアを行えるための看護研究」を行い発表してきた。その結果、多職種の連携においては、情報共有が最も重要であり、様々な情報共有のための工夫やツールの整備が必要などが明らかとなった。平成 23 年度から iPad や携帯テレビ電話機能の活用による遠隔診療や訪問看護との連携を行ってきたが、今年度、家族やケア時間が限られ、操作に慣れていない介護職も使用できる患者情報共有システム「TTP+」を開発(資料 8)運用することにより連携の効率化を図った。

利用については、遠隔医療の DVD 教育動画コンテンツ、遠隔診療実践マニュアルにも取り上げられた。(資料 9)

他事業所より「連携に効果的 63%」「情報量が以前と比べて増えた 72%」「今後も利用したい 64%」、自分が訪問していない時の様子が、事務所でもわかると評価された。セキュリティの為、接続に時間がかかる点を改善して欲しい要望もあり、今後は、訪問歯科診療につなげる事や、ケア会議に参加できない遠方の家族とのテレビ会議などにも使用したいと計画している。

- (7) 地域住民への普及・啓発
- ・パンフレット・ホームページ作成
 - ・市民公開講座講演・公民館出張
 - ・地元ラジオ出演(月 2 回)
 - ・薬剤師、地域包括ケアマネ、歯科医師、ヘルパーなど声を掛けゲスト出演依頼。
 - ・福岡「女性自身」クロワッサン掲載
 - ・NHK おはよう日本、岐阜テレビ出演
 - ・上野千鶴子が聞く、小笠原先生、ひとり家で死ねますか? 執筆、出版(資料 10)

4 特に独創的または先進的だと思ふ取り組み
(地域での点から面の展開となる教育的在宅緩和ケ

ア) 目的①在宅医療に慣れていない医師・訪問看護師への実践教育、遠隔サポート

②地域の在宅看護取り率の向上

③地域のがん患者の QOL の向上

④小規模のアプローチが安心して負担なく在宅緩和ケアを行えるよう支援

⑤在宅緩和ケアのノウハウを直接実地で研修

在宅での看護取り率は在宅医療における緩和ケアの質を表す 1 つの指標と考える。平成 21 年、市の患者より依頼があり、初めて緩和の在宅療養支援診療所と複数のステーションと連携し、サポートすることで見えてきた。成功体験を得ることにより、疼痛緩和や症状コントロールの実践能力がついた、看護の自信がついた、モチベーションがアップしたと心理的負担が軽減でき、その結果、地域の利用者拡大やお互いのレベルアップにつながる事がわかった。今年度、特に各方面に呼びかけ積極的取り組み、現在までで 29 例行っている。

表 1 教育的在宅緩和ケア前後の変化

医療従事者	在宅看護取り数(人)				在宅看護取り率			
	前	後	前	後	前	後	前	後
医師	11	22	11	14	20	9	44	89
看護師	53	62	28	6	23	1	81	96
薬剤師	9	15	5	3	9	1	63	90
ケアマネ	11	13	5	2	5	1	71	83
ヘルパー	0	4	0	2	3	0	0	100
その他	3	7	1	5	2	6	20	25
合計	87	127	51	34	64	18	80	78

※ 前・後は、前・後 2 ヶ月のデータである。

データでは、連携した医師は確実に看護取り率がアップした。中には、更に別の医師に教育できた事例もあり、点から面への展開を見せている。また、教育的在宅緩和ケアの事例は、介護力が無いとか経済的に苦しいなど困難事例であるため、関わる薬剤師、ケアマネ、ヘルパーへの教育にもつながる。特に調剤薬局には今後の在宅緩和ケアの拡大の重要性を知ってもらいたい機会となった。2 年前は、療養の取扱い・薬局がなかった地域が、今年度、市薬剤師会との協力もあり、可能となった地域になっていた。困難事例といわれる事例の隠やかな看護取りをチームで

共有できることは、その地域の在宅緩和ケアの結束力につながる。連携をする上では多職種連携のキーパーソンである TFP の存在とチーム内での情報共有していくシステムが重要となる。来年度以降更に範囲を広げ、岐阜県全体に広がる取り組みをする予定である。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

平成 24 年 4 月介護職員等による療の吸引等の実施のための制度の改正が行われた。それを踏まえた前年度に岐阜市介護支援専門員協議会やヘルパーから依頼があり、療の吸引等を含めた医療依存度の高い患者のケアに対する研修講師を務めた。その際、参加者の意見交換とアンケート結果により関心が非常に高いことが分かった。その後、日本在宅ホスピス協会 16 回大会の分科会「医療的ケアのある人々を支える」を通じて、厚労省の高木幹善福祉専門官や当事者団体からの要請もあり、第三号研修(特定の対象)の登録研修機関の申請を行くことになった。当院スタッフが研修講師を務め、当院で許容できる人数を定員 20 名とし、果と話し合いの上、費用は無料とした。しかし、県の計画変更で今年度は唯一の研修機関となっており、岐阜県下より員枠の 2 倍以上の問い合わせがあった。また県より多くの希望者に対応してほしいという要請や、利用者の 4 月入園に間に合わせたいという保育士からの直訴があり、急遽サテライト会場の準備をして 41 名の研修を行った。研修を受けたヘルパーや保育士からは、質の高いケアができるようになるのと報告があった。「医療依存度の高い患者の受け入れが拡大された」という内容で新聞記事にも取り上げられた。(資料 11)登録機関となったヘルパー・事業所は利用者が増えたりケアマネからの問い合わせが増えたりしている。それを知った他のヘルパー・事業所や各方面からも 1 回の割合で今後の研修への参加の要望を受けている。

6 苦渋した点、うまくいかなかった点
療の吸引研修に関しては、当訪問看護ステーションのスタッフ 8 名で行ったが、通常業務の中で実地研修を含め短期間で完了することは負担となった。

保育士の指導では実地指導看護士を市町村や主治医のいる病院外来看護士に依頼できるように説明し、出向いたりするなどの連携を行った。今回、保育園 3 児からの申し込み込みがあったが園に所属する看護士の指導への対応はまちまちであった。今後、市町村で統一できるように県に要望した。またこの研修は、講義だけでなく実地での指導が重要になってくる。普段、地域で連携している訪問看護士が指導すること、患者本人や家族も安心し、ヘルパーの適性に合わせた指導が可能となる。今回、実地指導の部分において普段連携している訪問看護士や地域の在宅医療指導看護士の理解不足や今後の研修のあり方を改善していくために、高木専門官や行政、当事者も含めてシンポジウムを開催した。参加者約 100 名であった。参加した医療職からは、今後協力していきたいとの意見が上がった。他に、現場が活動しやすいよう現在の制度の未定稿の部分を改善してもらえよう提案をしているところである。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組み、拠点に對するアドバイス

まず、お互いの顔を見合わせる大切である。多職種連携カンファレンスはとても有効であったことは参加者のアンケートの結果からも示されている。今年度の拠点事業の活動の中で大規模の講演会やカンファレンス、医療版 SNS の開発、介護職員への療の指導などは、予算があったからこそ成立した。また、一部を有料化にすることで負担軽減となる。ケア会議の際に必要に応じて自治会や民生委員に呼びかけ、在宅医療について話す機会を設けると良き啓蒙の時となる。拠点事業所の MSW やケアマネ資格を持つ看護士が TFP と連携する施設へ教員格的在宅緩和ケアを行えば、医師・看護士不足や少子高齢化に困窮する日本を救う一助になると信じている。

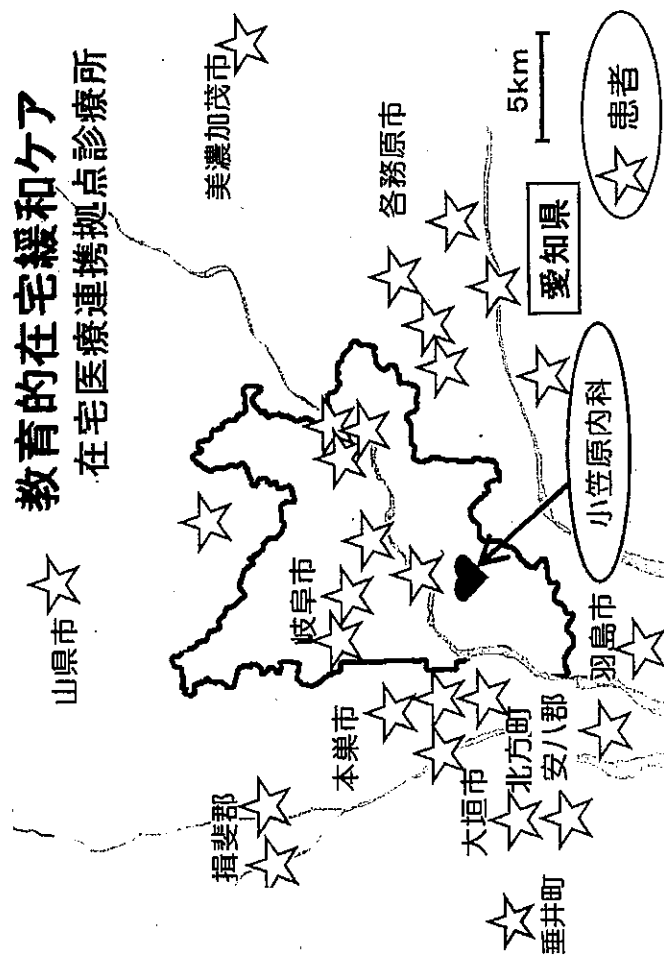
8. 最後に
今年度、行政や医師会、各方面の協力の下、成果を上げることができたが、単年度の活動では、地域の在宅看護取り率の変化には至っていない。今年度の実績や課題をもとに在宅医療推進事業で連携指導、教育的在宅緩和ケアに取り組みたい。

2 教育的在宅緩和ケア

～目的～

- ☆在宅医療に慣れない地域の医師・訪問看護師への遠隔サポート
- ☆点から面への展開
- ☆地域の在宅看護取り率の向上
- ☆地域がん患者のQOL向上を目指す。
- ☆小規模のステーションが安心して負担なく在宅緩和ケアを行える。
- ☆在宅緩和ケアのノウハウを直接実地研修で学んでもらう。

教育的在宅緩和ケア 在宅医療連携拠点診療所



教育的在宅緩和ケア前後の変化

医 院	在宅看取り数(人)						在宅看取り率	
	全疾患			がん			がん	
	前		後	前		後	前	後
	在宅死	在宅死	在宅死	在宅死	在宅死	入院死	入院死	入院死
A 26ヶ月	11	22	62	11	14	20	9	69
B 20ヶ月	53			26	6	23	1	96
C 16ヶ月	9	15		5	3	9	1	90
D 12ヶ月	11	13		5	2	5	1	83
E 12ヶ月	0	4		0	2	3	0	100
F 17ヶ月	3	7		1	5	2	6	25
計	87	123		48	32	62	18	78 %

※26ヶ月とは、前後 26ヶ月のデータである。

【4-③：米子医療センター】

4.看取り

- ・ 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成
するたための、多職種の研修や施設との合同開催の研修を
実施している事例

(8) 災害発生時の対応策

対象外

4 特に独創的だと思ふ取り組み

1) 在宅医療対応状況調査(表1)は、医師を対象とした効率的啓発活動の根拠となるものである。105名の医師は大きく4つの群に分けられた。即ち①訪問診療、在宅看取り、がんの看取り全で行う37カ所。②訪問診療、在宅看取りはするが、がんの看取りは要相談かしない12カ所、③訪問診療はするが、在宅看取り、がんの看取り両方が要相談または、しない35カ所、④訪問診療も要相談、或いはしないという21カ所である。公表を前提としたアンケートであり④の方々へは研修案内、啓発を行っても早期の在宅医療への参加は難しいと考えられる。一方で、②群は在宅看取りは行っており自信ができれば、或いは時間的、肉体的余裕ができればがんの看取りも行ってもらえると思われる。当院は地域がん診療連携拠点病院として、がんの在宅医療を進めるうえで、こういった診療所に積極的に平成25年度より直接介入していく。また、西部医師会へも情報提供しており、医師会は訪問診療はするけど看取りは要相談の腰の引けている診療所である③群を対象とした直接的な介入、働きかけを行っていく方向で検討中。つまり、各診療所の在宅医療への立ち位置が明確に示され、各種働きかけをより重点的に行う対象をはっきりさせることができ、医師会全員に働きかけられるよりも、より効率よく成果を得ることができる可能性が高い。(図6)(表2)

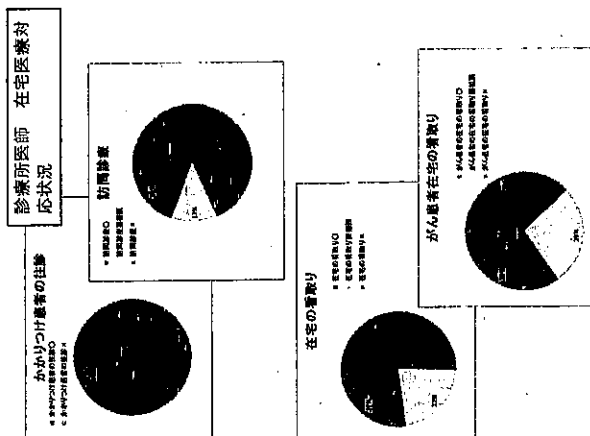


図6 診療所医師 在宅医療対応状況

内科、外科診療所医師の対応状況
N=105

訪問診療 在宅看取り がんの看取り		がんの看取り	
訪問診療	在宅看取り	がんの看取り	がんの看取り
○	○	○	37
○	○	△、×	12
○	△、×	△、×	35
△	×	×	11
×	×	×	10

表2: 診療所医師の分類

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

- 1) 地域の顔の見える関係がある程度出来上がっている鳥取県西部地区では、今回の取り組みの中では、診療所に対する在宅医療対応状況調査(別紙1)を行い、地域の介護・福祉関係者に情報提供できたことが効果のあった取り組みと言える。
- 2) また、当院から、地域の診療所に在宅医療をお願いした患者について、医師、訪問看護ステーション、ヘルパー等が各自情報を書き込み、閲覧し、患者情報を共有できるシステムは、今後症例を積み重ねていくことで、その運用上のメリットが更に明らかになると思われる。
- 6 苦労した点、うまくいかなかった点
 - 1) 上記3 (4)に記載した、患者情報共有化の連携システムは、一般競争入札で行うため、仕様書の作成等専門知識不足で院内の既存のネットワークとの連携を含めて予想以上に時間がかかり、地域の診療所との連携開始が4月初めとなっていました。
 - 2) 多職種による問題点抽出のための会議は、司会が十分に気を付けないと、積極的に発言する一部の委員の意見のみが前面に出てしまい、やや偏った結論になりうることへの注意が必要である。
 - 3) がん診療連携拠点病院として、がん患者さんの在宅医療への希望の拾い上げ、希望時の対応等については教育もしており、看護スタッフが十分理解していると判断していたが、今回再度検討したところ、看護婦の入れ替わりも多く、在宅医療に関する知識不足の看護スタッフも増えていた。がん患者の在宅医療を進めるうえで、病院スタッフへの継続的研修の必要性を痛感した。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に
対するアドバイス

当地区では問題にならなかつたが、地元医師会と拠点事業所との連携が大切と思われた。
また、病院幹部の理解を得て、院内で核となるスタッフ、在宅連携にほぼ専従できるスタッフの確保が必要である。

8 最後に

鳥取県西部地区は、診療所医師、訪問看護ステーション看護師等の資源は不足しておらず、顔の見える関係もできている。がん在宅医療を更に推進するには、がん患者も在宅で過ごせ、最期を迎えることも可能である事実を広く地域住民にもっと知らせることが大切だと考える。住民からのニーズが増えれば、対応する医師、看護師も増加し、そこへきちんとした研修を行い内容が充実し、満足度が増せば、さらに需要が増え良い方向に回ると思われる。
一方、当院医療スタッフ(特に医師)を含め、病院関係者はどうしても在宅における介護スタッフ、ケアマネージャーの重要性に対する理解が不足している。急性期病院医療スタッフへの介護に関する啓発も地域住民への啓発とともに、在宅医療を進めていく阿輪と考えられる。

今年度 在宅緩和ケア実地研修

平成19年(2007)1月～より継続

7月 7日:リンパ浮腫、講義、実習	60名 (院外52)
7月12日:緩和ケア検討会 講義	79名 (院外31)
7月21日:がん看護研修 講義	61名 (院外25)
10月20日:抗がん剤の副作用と看護	22名 (院外10)
10月21日:ストマケアの基本	
一 講義、実習	35名 (院外29)
1月17日:4回にわたり無菌調剤について 調剤薬局薬剤師への研修	(院外 5)
3月 3日:TPNポート使用の研修	(院外 12)

2013. 3. 23 在宅医療連携拠点事業所活動発表会