

地域包括ケアにおける 在宅医療推進事業ガイドライン

－地域と協働して進める
在宅ケアシステムのつくり方－

全国保健師長会調査研究事業

平成 27 年 3 月

ガイドラインの活用について

少子高齢化の進展や医療技術の進歩により、医療提供の場は多様化し、住民の意識も、より安心・安全で自分らしい療養形態を望むといった方向へ変化してきております。しかしながら、従来のように医療機関のみでなく、在宅や施設で安心して医療を受け、生活し、そこを終のすみかとするには、患者さんに関わる関係者の専門知識・技術に加え、地域の多職種間の密なつながり、地域の支えが必要となるところです。

福岡県では、誰もが望む場所で安心して療養できる医療体制の整備を目指し、平成 20 年度から保健所を地域の中核とした在宅医療推進事業を展開しています。平成 20 年度は、4 か所の県保健福祉環境事務所をモデルとして「地域在宅医療支援センター」を設置し、がん末期や重症神経難病等、緩和ケアを希望される方々の相談や、関係機関との調整、在宅医療ネットワークの構築等に取り組み、平成 22 年度からは全ての県保健福祉（環境）事務所に拡大しています。その際、患者さんご家族を、地域の様々な機関・職種が支え、それらを保健所（地域在宅医療支援センター）がつなぐことで、地域にあった支援体制を形づくる過程を「手引き」として掲載しています。事業の開始当初や新たに事業担当になった者が、この「手引き」を参考にして、事業ノウハウを共有し、事業の継続性が担保できるようにしてきました。今後、地域包括ケアシステムの構築を目指す市区町村を支援するうえで、これまで保健所が先行して取組んだ在宅医療推進のノウハウを伝える役割は大きいと思われまます。地域在宅医療支援センター業務に取り組む担当者からは、「地域との新たなつながりができた」「地域の問題点を共有し解決に向け共に取組むことができた」「地域保健の原点に立返ることができた」との声もいただいております。

今回、平成 22 年 3 月に県が作成した「福岡県在宅医療推進事業の手引き」を基盤として、これから在宅医療・介護の連携推進事業に取り組まれる行政の皆さんが活用いただく新たなガイドラインになればと修正をしております。この「地域包括ケアにおける在宅医療推進事業ガイドライン」を活用いただくことで、在宅医療と介護の連携が図られ、地域における地域包括ケア体制が大きく推進しますよう願っております。

平成 27 年 3 月
全国保健師長会調査研究事業班

● ○ ● ○ 目 次 ● ○ ● ○

I	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	-1-
	1. 事業の必要性とこれまでの経緯・・・・・・・・	-1-
	2. 行政が主体となってこの事業を実施する必要性・・・・・・・・	-3-
	3. このガイドラインについて・・・・・・・・	-4-
II	この事業の目指すところ・・・・・・・・	-6-
	1. 事業の目的・目標・・・・・・・・	-6-
	2. この事業の対象者像・・・・・・・・	-8-
	3. 事業実施体制・・・・・・・・	-9-
III	実施方法・・・・・・・・	-11-
	1. 事業の流れ・・・・・・・・	-11-
	2. 具体的な実施方法・・・・・・・・	-12-
	3. 事業の振り返り・評価・・・・・・・・	-47-

I はじめに

1. 事業の必要性とこれまでの経緯

人生最期の時、「病院から家に帰りたい」とつぶやく本人の願いをかなえるために、「たとえ数日でも家に帰すことが出来たら・・・」と願う家族は、少なくありません。「こんな状態では帰れませんよ」「胃瘻をすれば施設に入所できますよ」と病院から言われた時、「家に帰したいけれど、介護者がいない」「家で適切な医療が受けられるかが心配・・・」あなたならどうしますか？

本人が遠慮して「家に帰りたい」と言い出せない気持ちに気づいた家族が決断し、主治医に相談して、在宅看取りができた方もいます。家に着いた瞬間の本人の笑顔と涙が、その後、残された家族の絆と誇りにつながりました。予め「この地域でも在宅医療を」と家族の情報が、家族全員の決意と協力につながりました。

主治医から「家に帰り、在宅医療を受けながら療養できますよ」と言われたことがきっかけとなり、在宅看取りに取組んだ方もいます。家族は、「在宅医療って何？一体、どうすればいい？」と戸惑いながらも、退院を喜ぶ本人を支えました。家族が在宅医療や介護スタッフとチームになり、毎日、顔を出す近所の方々の笑顔に囲まれ、大事に育ててきた庭の植木を眺める本人を看取ることが出来ました。「本人の願いをかなえることができた」ことが、その後を生きる家族の力になりました。

団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に向けて、地域包括ケアシステムの構築の推進は、急務の課題です。平成 27 年度からは、医療と介護の連携を市区町村が主体的に取組を開始し、平成 30 年 4 月には全国の市区町村で、地域支援事業として在宅医療・介護連携推進に取り組むことになりました。都道府県は、市区町村で、在宅介護と医療との連携が推進できるよう協働していくことが必要です。

福岡県では、平成 20 年度から、全国に先駆けて保健所が在宅医療を推進してきました。そのノウハウを活かし、今後は、市区町村と協働して地域包括ケアを進めていく必要があります。



地域包括ケアの定義：地域包括ケアは、広義では障害者や小児も含みますが、このガイドラインは、地域包括ケアシステムのうち、在宅医療に関するケアシステム構築のガイドラインです。

～誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域へ～

福岡県は、在宅医療体制整備にむけた地域ネットワークの構築、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、平成 20 年度から保健所に地域在宅医療支援センターを設置し（平成 20 年度はモデル保健所 4 箇所）、「在宅医療推進事業」を開始しました。

その背景には、平成 17 年度の医療制度改革を機に、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期在宅緩和ケアの体制整備」を目指して、24 時間の訪問看護サービスの提供や医師の研修等を一部の地域でモデル的に実施した経過がありました。そこでは在宅医療の課題として、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制や、病院と在宅との連携が十分でないことが明らかとなり、平成 20 年度福岡県保健医療計画に在宅医療整備が重点課題の一つに盛り込まれました。また、平成 19 年に施行されたがん対策基本法に基づき、福岡県がん対策推進計画において「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加」、「在宅医療の体制整備」、「在宅医療ネットワークの構築」が取り組みとして掲げられています。

全国の住民を対象とした調査によると、末期がんになった場合に「自宅で最期を過ごしたい」と思っている人は約 8 割ですが、そのうち約 6 割が「実現は難しい」と考えていました。その理由として「病状が悪化した時に受けられる医療への不安」があげられていました（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査, 2008）。さらに、福岡県の「在宅で死を迎える割合」は 11.5%であり、全国の 15.1%に比べて著しく低く（全国 46 位）（平成 17 年国勢調査）、福岡県において在宅医療を整備することは急務の課題です。また、自宅に限らず、介護保険施設等での看取り体制の整備も同時に進めなければ、サービスの供給量の不足は避けられません。

○本事業の根拠：

- ・ 福岡県保健医療計画
- ・ ふくおか新世紀計画 第三次実施計画（健やかに暮らせる社会づくり 安心を支える医療機能の充実 「終末期医療対策の推進」）
- ・ がん対策基本法、がん対策推進基本計画（国）
- ・ がん対策推進計画（県）、福岡県がん対策アクションプラン

○行政が地域のケアサービスをつくる根拠：

- ・ 健康で文化的な生活の保障（憲法 25 条）
- ・ 健康および福祉の保持（地方自治法第 2 条）
- ・ 地域保健法

2. 行政が主体となってこの事業を実施する必要性

在院日数の短縮化や在宅医療の高度化等により、在宅療養が可能な者の対象像が変化しており、これまでの在宅ケアシステムでは対応しきれなくなる一方で、高齢者世帯、単身者も増えています。また、高齢社会は、多死社会でもあります。平成17年に約100万人の死亡数は、平成27年には、約131万人になると予想されています。

この人々をどう看取っていくのかは、現代日本の公衆衛生の大きな課題です。そのため、医療・保健・福祉機関のケアシステムを再構築することが必要です。そこで、当該地域におけるがん等の緩和ケアの相談や対応する技術の向上、在宅ケアシステムが創られるまでの間、保健所が相談機能およびそのシステム構築を担う必要があります。がん患者については、がん拠点病院に相談支援センターが設置されてきてはいるものの、まだ設置されて間もないため、在宅療養を視野に入れた相談・支援が行われているところは多くはありません。

これまで保健所は、難病等の地域課題に対応する支援システムを構築してきた実績があります。在宅医療推進事業においても、地域の実態把握、各関係機関のネットワークの調整や推進、住民への啓発等の効率的な実施は、公的かつ中立的な立場である保健所にしか担えない役割です。在宅医療推進に向けて、医療・保健・福祉機関が連携し、その機能を発揮するためには、保健所がシステム整備をする必要があります。

3. このガイドラインについて

このガイドラインは、新たに在宅医療推進事業に取り組まれる際に、安心して事業を進められるように、また、他の地域でもよりスムーズにシステム構築がなされ、ひいては多くの住民が安心して在宅療養ができるようになるために、福岡県医療指導課と各保健所が具体的なノウハウを記したものです。保健所の実施プロセスや内容を基に、その共通点や相違点に着目しながら作成しました。事業の開始当初は何から手を付けてよいか、担当者同士が顔を突合せて途方に暮れた時期もありましたが、試行錯誤して分かったことは、この事業はこれまでの保健所が持つ技術で対応が可能であること、むしろ、保健所であるからこそ効率的に解決が可能であることです。このガイドラインを手にとられた皆様が、事業を進めていくうちに手ごたえを感じられることを願っています。今後もガイドラインの情報は、更新して行く予定です。

《用語の解説》

在宅医療とは・・・

自宅・居宅系施設（グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、複合型サービス事業所も含みます）で行う医療のことです。また、福岡モデルでは、「最期まで安心して過ごせる地域づくり」として在宅看取りが可能な体制づくりを目指しました。

地域包括ケアシステムとは・・・

地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるケアシステムのことをいいます。

緩和ケアとは・・・

WHO（2002年）によると、緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチです。

また、他の定義には、命を脅かすような病気になった患者とその家族に対して、早い段階から病気によってもたらされる痛みをはじめ、身体的問題、社会的問題、精神的な問題、スピリチュアルな問題に対してトータルに取り組むケアのことで、よりよいQOL

(生活の質、いのちの質)を確保するためのアプローチとあります。

(「病院から家に帰るとき読む本」宮崎ホスピスガイドブックより引用 木星舎)

II この事業の目指すところ

1. 事業の目的・目標

1) 目的

本事業は、
住民が病気や障害をもっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができることを目指しています。

2) 目標

地域によって推進する順序や速度は異なりますが、目標の目安は下記のとおりです。
図表 1. 在宅医療推進事業の枠組みと望ましい姿（目標）

枠組み	具体的な望ましい姿
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(1) 市区町村が地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深めること。 (2) 地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすること。 (3) 地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援すること。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策を検討すること。□
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、	医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うこと。□
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。□

<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p>	<p>在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。□</p>
<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p>	<p>1. 多職種連携についてのグループワーク 医療と介護は、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や、情報共有が十分にできていないなどの課題がある。このため、多職種が連携するためのグループワーク等の研修を通じて、地域の医療・介護関係者が、お互いの業務の現状等を知り、忌憚のない意見が交換できる関係を構築するなど、現場レベルでの医療と介護の連携が促進されるような研修を提供する。</p> <p>2. 地域の医療・介護関係者に対する研修 医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。</p>
<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p>	<p>地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種の連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。また、地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。□</p>
<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p>	<p>複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する。□</p>

2. この事業の対象者像

住み慣れた地域で、在宅で療養する人や最期を迎えることを希望する人が対象です。がん患者に限らず、医療・介護のニーズの高い人、慢性疾患患者等も含まれます。

【福岡県の実践例】

福岡県では、当初は、「末期がん」「重症神経難病」等の、高度な医療が必要であり、本人や家族が在宅で最期を迎えたい人を主な対象者にしました。それは麻薬のコントロールや呼吸管理等の高度な医療処置が必要となる在宅療養者である「末期がん」「重症神経難病」の方への保健医療サービス体制が整うことにより、その他の疾患の対象者のケアもカバーできる可能性が高いこと、「がんによる死亡数」の増加が見込まれると考えたからです。

NOTE

－この事業を必要とする主な対象者のイメージ

(福岡モデル事業担当者の患者・家族との出会いから)－

○在宅では・・・

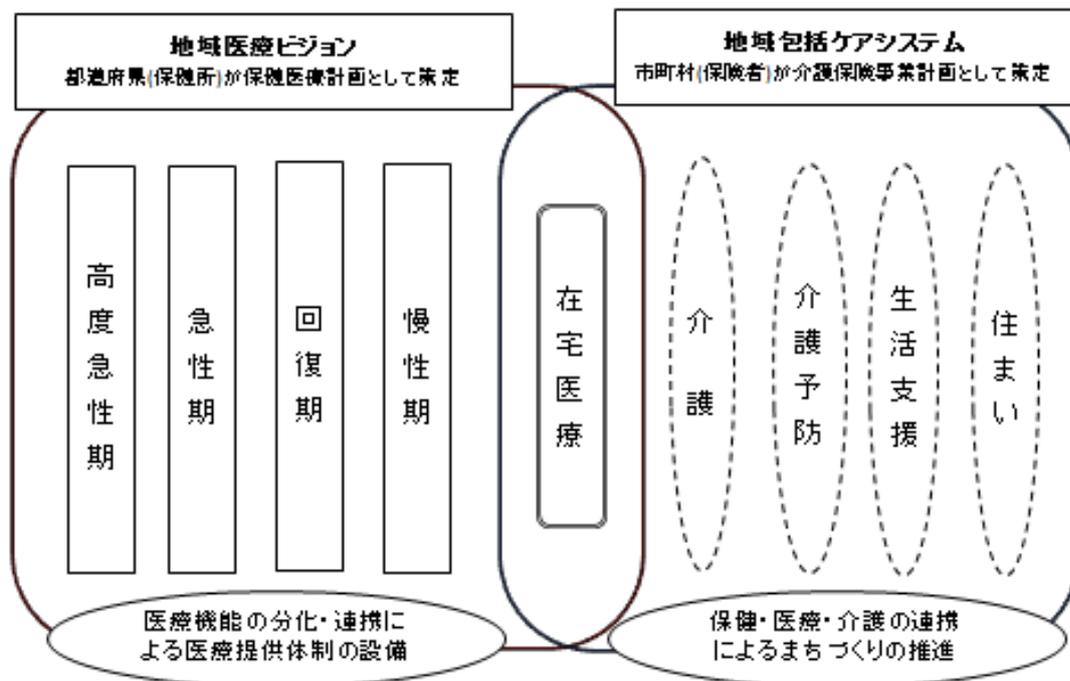
- ・がんや進行性の病気の人には大きな不安を抱えています。
- ・終末期にあっても、年齢が若い人や、ADLが高い人は、介護保険が使えず、利用できるサービスが少なく、行き場所がありません。
- ・最期まで ADL が維持されることが多く、亡くなる直前に急激に状態が悪化するという特徴があるため、タイムリーにサービスを整えることが困難です。
- ・地域在宅医療支援センターへの相談は、「自宅に帰りたくて困っている」という主訴はほとんどありません。つまり、多くの方は在宅療養や在宅死は不可能だと思っています。

○病院では・・・

- ・特に終末期にある人で、積極的な治療が行われていないにも関わらず、患者は在宅療養の情報提供が少ないため、在宅療養や在宅での看取りという選択肢を持つことができていません。
- ・多くの患者は、点滴やカテーテル等の医療処置が必要な場合は、自宅に帰れないと思っています。また、医療関係者の中にもそのような誤解があります。

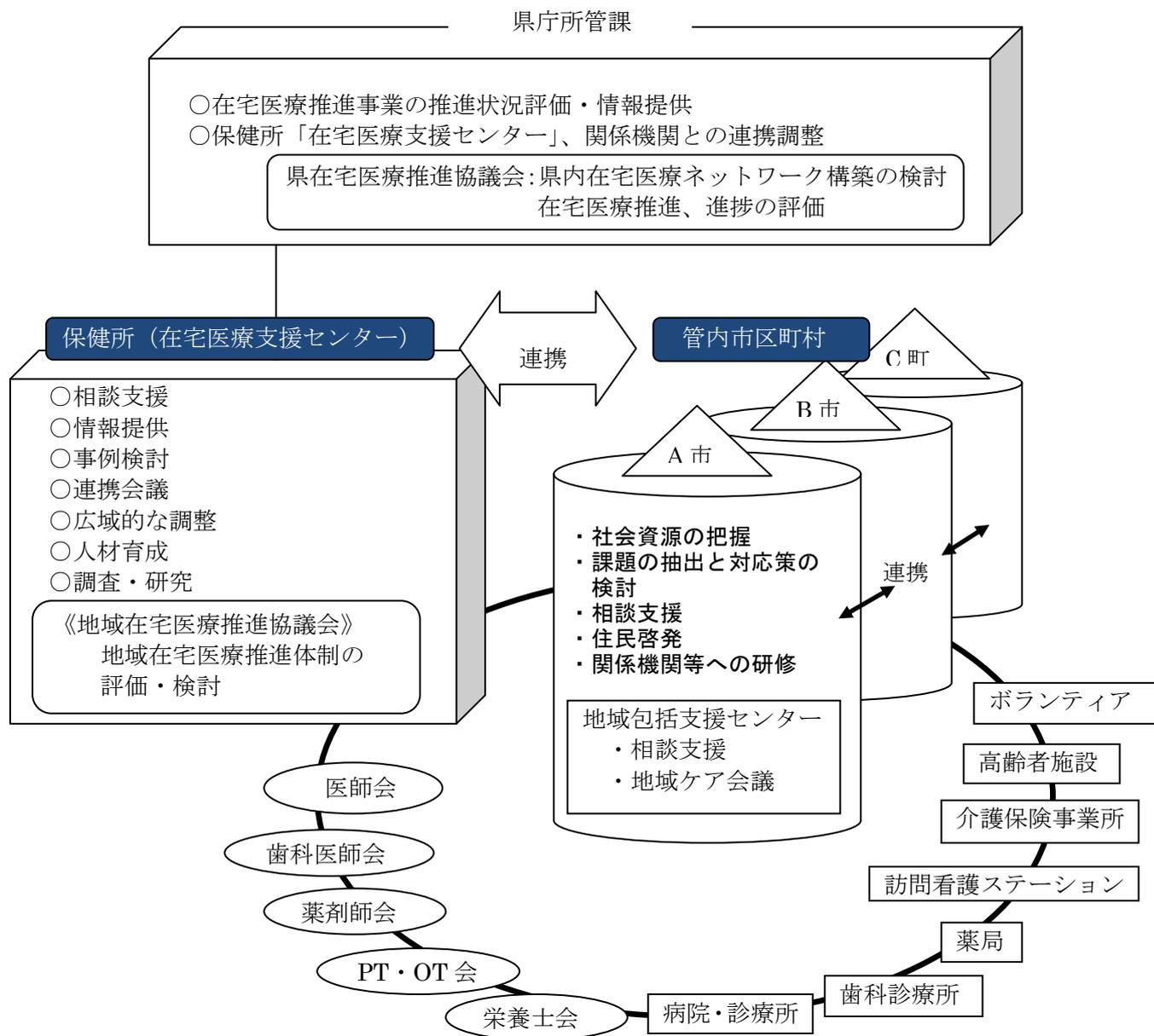
3. 事業実施体制

本事業の実施体制は以下の通りです。関係課が実施体制を理解し整えることが重要です。



【図表 2】「地域医療構想(地域医療ビジョン)」「地域包括ケアシステム」と『在宅医療』の関係

(出典：社会保険実務研究所，週刊保健衛生ニュース1月5・12日発行 第1791号)

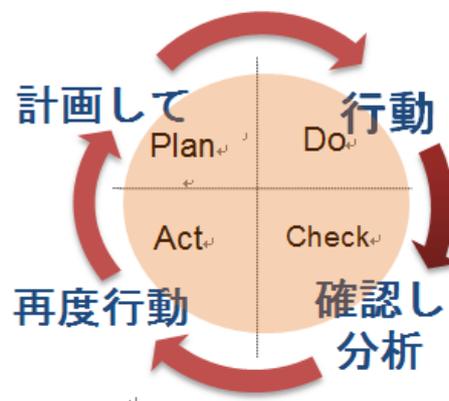


【図表 3】 在宅医療と介護の連携推進にかかる保健所と市区町村等との関連図イメージ

Ⅲ 実施方法

1. 事業の流れ

PDCAサイクルは業務プロセスの管理手法の一つで、計画(Plan)→実行(Do)→評価(Check)→改善(Act)という4段階の活動を繰り返し行なうことで、継続的にプロセスを改善していく手法です。このプロセスの重要性は政策実施過程においても言われていますが、一定のステップを踏んで評価活動がなされている自治体は決して多くはありません。在宅医療推進事業も、PDCAサイクルを活用し、改善しながら進めることが重要です。



PDCAサイクルは4つのステップから成ります。まず、“Plan”では、目標を設定してそれを達成するための行動計画を作成する。“Do”では、策定した計画に沿って行動します。“Check”では、行動した結果と当初の目標を比較し、問題点の洗い出しや成功・失敗の要因を分析します。“Act”では、分析結果を受けてプロセスや計画の改善、実施体制の見直しなどの処置を行ないます。“Act”が終わると再び“Plan”に戻り、次のサイクルを実施する。これを繰り返すことによって螺旋状に次第にプロセスが改善されることが期待できます。

福岡県の在宅医療推進事業では、9ヶ所の保健所が、地域特性に応じ、より効果的・効率的に実施するために、PDCAサイクルに基づく活動を目指しました。このガイドラインも、PDCAサイクルが螺旋状に繰り返されるよう、活用する必要があります。

2. 具体的な実施方法

Step 1：事業担当者自身がこの事業の必要性や市町村が取り組む意義を理解しよう ～対象となる患者のイメージ化～

key word:イメージ化・家庭訪問

この事業では、これまで市区町村が直接的に関わることの少なかった者を対象としているため、対象像がイメージしにくく、事業の必要性を理解し難いという難点があります。そのため、まずは前述したこの事業の必要性や市区町村が取り組む意義を、事業担当者が理解し実感することが、この事業のスタートラインです。この事業で取り上げる課題は、他課、他機関を動かしながら解決を図る必要があるため、担当者がいかに事業の必要性を実感込めて所内外で説明することができ、他者に理解・納得してもらえるかということが事業展開の鍵となります。また、市区町村間・関係機関とで情報交換や相談し合うことも重要です。特に先進地域から情報を得ることは事業を進める上で大変有益です。

○福岡モデル実例

実例1) 訪問看護師から在宅療養や在宅での看取りを希望されている事例を伺い、看取り経験のあるご家族に直接話を伺うことで、在宅での看取りは可能であることや、この事業を必要とする人がいることを実感した。

(宗像・遠賀地区、南筑後地区)

実例2) 担当者会議や SWOT 分析[※]で、保健所や地域の強み・弱みを明らかにし、保健所がこの事業に取り組む意義を再確認した。

※SWOT 分析：目標を達成するために意思決定を必要としている組織や個人の、プロジェクトやベンチャービジネスなどにおける、強み (Strengths)、弱み (Weaknesses)、機会 (Opportunities)、脅威 (Threats) を評価するのに用いられる戦略計画ツールの一つ。

NOTE：対象者のイメージづくり

- ・ モデル事業の1年目は、困っている方のイメージが湧かないということが、担当者から挙がりました。私達がどんな方たちのためにシステムを創り上げるのか、実感がないと、関係者に説明するにも、戦略を立てるのにも、自信(根拠)を持って動くことが持てません。
- ・ 私達に関わる対象像を掴む早道は、対象となりそうな事例に当たり、当事者や

サービス提供者の疑似体験をすることです。訪問看護ステーション、当事者の方、看取り経験のある家族、身近にアプローチしやすいところに出向き、話を伺ってみましょう。そうすることで、在宅でターミナル期を家族と過ごし、とてもよい表情で満足いく死を迎えられる方が身近にいらっしゃるなどの事例を知り、ニーズがあることを確信できるでしょう。

NOTE ○死生観を話し合ってみましょう

- ・ この事業では、死に直面しているご本人、大切な方をがん等で失ったご家族とお会いすることがあります。その方たちに寄り添いながら何が必要かを考える際には、担当者自身の死生観を問われるため、戸惑ったり、対応に自信がもてないことがあります。そのため、どこで亡くなりたいか、がんに罹ったら告知されたいか、死が近づいた時残りの時間をどう過ごしたいか、などについて、まずは担当者同士で話してみるのもよいかもしれません。死生観をこれまで明確にもっていなかった人も、焦る必要はありません。徐々に育んでいけばよいことですし、何よりもご本人やご家族の相談にのって戸惑いや辛さを感じた時に、話ができる相手（同僚、上司など）を持っておくことが重要です。

Step 2 : 所内の関係課と事業の進め方を考えよう

key word : 所内調整・連携

現在、市区町村では、ライフステージや病態で、部署が分かれていることが多く、在宅医療を担当する部署が見当たらないことがあります。その場合、高齢者支援部署や、介護保険部署が担当することが多いようです。しかし、縦割りになりがちな行政機関の特徴を改め、地域包括ケアに係わる高齢者、障害者、健康づくりの部署が連携して進めることが重要です。過渡期であるため、各関係部署の役割や連携の仕方を話し合っ進めることが必要です。

また、この事業は所内で共通理解を持っておくことが必要です。まずは、首長、部長、課長、担当者等が、これが公衆衛生の課題であることを理解し、①なぜ、今この事業に取り組む必要があるのか、②なぜ、市区町村が行う必要があるのか、③市区町村の役割や関係部署同士が協働できる内容を、課内・他関係課と共有する必要があります。担当者は上記について説明できる資料を用意し、端的に説明できるように準備しておきます。

また、この事業は相談者の発生や、関係機関の志気が高まった時に担当者がタイムリーに動くことが必要ですが、その際に周囲から理解が得られるように、最初の説明だけでなく、事業の進捗状況を適宜報告しておくことも大切です。

○ポイント

☑ 協働が必要な所内関係者例

- ・ **首長** : 市区町村のトップとして、事業推進のリーダーシップをとる。
- ・ **関係部署の部課長** : 事業全体の戦略立案、方針、所内外の対外的な調整、協議会の持ち方等、助言を得る。最初の所内外への説明のリーダーシップを担う。
- ・ **課内** : 新規事業であり多くの関係機関との調整が必要な事業であるため、複数名で担当する。課内の職員は担当者の身近な理解者・相談者である。担当者はタイムリーな動きが必要な際の理解や協力が課内の職員から得られるように、事業の進捗状況を日頃から報告しておく。

☑ 関係部署への説明内容 :

- ・ この事業の必要性
- ・ なぜこの事業を市区町村が行う必要があるのか
- ・ 事業での役割や協働できる内容

Step 3 : 関係機関に事業概要を説明しよう

key word : キーパーソン・協働・エンパワメント

この事業で取り上げる課題は、他課・他機関と協働しながら解決を図る必要があるため、担当者がいかに事業の必要性を所内外で説明することができ、他者に納得してもらえるかが事業展開の鍵となります。

在宅医療推進のためのキーパーソンは病院・診療所の医師、看護師です。まずは医師会に事業の趣旨説明に行きましょう。病院の看護部・地域連携室、訪問看護ステーション、市区町村、地域包括支援センター、看護協会、薬剤師会、歯科医師会等にも周知が必要です。

○ポイント：

☑ 説明のポイント

・事業が必要になった背景を説明：

- －今後在宅医療の推進がいかに大事になってくるかを、資料やデータを示しながら説明
(例：在宅療養支援診療所の実態調査、訪問看護ステーションの実態調査等)
- －がん対策基本法等の根拠法令を示すことも効果的

・住民のニーズを強調：

- －住民ニーズについての説明例
在宅死や在宅療養を希望する住民は多い。しかし、病院と在宅とのルートが整っていないことや、医療ニーズの高い者を受け入れる体制が十分に整っていないため、住民が在宅療養を安心して選択できない。そのため、地域住民が安心して在宅医療を受けられる体制を整備することを目的に本事業を実施したい。

☑ その他に同時に行うとよいこと

- ・実態や課題をヒアリングする
- ・本事業の周知や依頼
- ・協働できる内容について話し合う
- ・協議会委員の就任依頼と役割の説明
- ・研修会の案内や講師の依頼

○活用できるツール

- ・説明に持参する物：地域包括支援センターのリーフレット、事業の趣旨を示したもの、全国や県のデータを示した資料

○福岡モデルの実例

実例1) まず、関係機関の長にアポイントをとり、医療は必ず保健監や課長に同行して

もらい、事業説明を行った。関係機関の取組状況や考え方、役割を把握し、事業への協力を得たい旨を伝えた。そこで熱心に取り組んでいるキーパーソン等の情報を把握、紹介してもらい、現場スタッフと接点をもつようにした。

(宗像・遠賀地区)

実例2) 事業概要を医師に周知することを目的に、医師会報に地域在宅医療支援センターのアピールを掲載させてもらった。

(嘉穂・鞍手地区)

実例3) 事業説明のためではあるが、関係機関へとにかく足を運ぶことで、顔がつながり、そこから協力可能な人材(研修会講師や往診している診療所等)などの情報を得ることができた。

(南筑後地区)

NOTE 各組織へのアプローチ方法

○医師会

- ・ 医師会の理事会で事業説明でき、ある程度協力を同意が得られていれば、各病院や診療所からの協力が得られやすくなります。理事会で説明させてもらうように交渉してみましょう。同時に、協議会に医師会に出席して欲しい旨も説明しておくとい良いでしょう。
- ・ 組織的に理解を得ておくことは、在宅療養に熱心で協力してくださる医師だけでなく、理解を得にくい医師に協力してもらうためにも大切な手順です。

○病院

- ・ 退院支援部署(地域医療連携室)は病院と在宅をつなぐ重要な役割を担いますが、日常的に患者に直接在宅療養のイメージを説明できる機会を持つのは、病棟の看護師です。そのため、退院支援部署(地域医療連携室)だけでなく看護部への説明も必要です。

○その他

- ・ 関係機関に事業説明を行った直後には、事業の必要性に理解が得られない場合でも、具体的な話をすると困りごとをお話されることがあります。困り事をキャッチすることは、関わりの大事な糸口です。その機会をうまく捉えましょう。焦らず、粘り強く説明を続けることが必要です。
- ・ 事業説明をすると、熱心にやっている診療所や訪問看護ステーションは保健所が応援してくれているようで励みになると思われるようです。お互いがエンパワメントされる関係で協働できることが理想ですね。

3. 具体的な実施方法

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

key word：調査・ヒアリング・資源名簿

診療所、訪問看護ステーション、介護事業所、等を対象に、どの程度のサービスが提供可能なのか（量）、どの程度の在宅医療・介護への知識や技術を持っているのか（質）、今後在宅医療・介護の必要な患者をどの程度受け入れたいと考えているのか（熱意）等を、アンケートやヒアリングによって把握します。これらを把握することで、地域の在宅医療・介護体制の現状が少しずつ見えてきます。その地域の現状を基に、今後の方針や方策の見通しを立てます。

○目的

- (1) 市区町村が地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深めること。
- (2) 地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすること。
- (3) 地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援すること。

○ポイント

- ☑ 関係機関との関係性をつくりながらニーズを把握する
 - ・ 地域の関係機関の現状を把握する際には、単なる現状を把握するのではなく、ここでもネットワークづくり、システムづくりを意識して行う。
 - ・ 関係機関と顔の見える関係づくりができるよう、ニーズ把握が必要なことを関係機関に理解して頂き「教えて欲しい」という姿勢で伺う。
 - ・ 顔を合わせることができない場合も同様の配慮が必要
- ☑ 把握する地域資源の種類
 - ・ この事業に関わる主な地域の関係機関：
 - －病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科、訪問介護事業所、保健所、市区

町村、地域包括支援センター等

- 医師会、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護ステーション連絡協議会、ケアマネジャー連絡協議会、介護保険事業所会、社会福祉協議会、インフォーマルな勉強会等
- ・住民への普及啓発に向けた資源把握：
 - 家族会、ボランティア団体、民生委員、食生活改善推進委員等へのアプローチ方法も探しておく。

☑ 地域資源の把握の仕方

- ・方法としては、ヒアリング、アンケートの配布（郵送・ファックス）、等がある
- ・主要な機関には事業の説明も兼ねてヒアリングに行く方が、熱意や困り事を知ることができ、顔の見える関係づくりができる。
- ・まずは地域で在宅看取りに熱心な診療所や訪問看護ステーションを手がかりにし、次に当たるべき熱心な人や地域の在宅医療に力を持つ組織がどこかを入手する。

☑ 地域資源の把握内容

以下については、聞き漏れや偏りのないように、調査票やヒアリングガイド等がある方がよい。

- ・関係機関の在宅医療・介護の実施状況
 - 医療ニーズの高い患者や在宅看取りの受け入れ状況（年〇件）、24 時間体制の有無、在宅医療に対する考え等について
 - 福岡医療情報ネットの情報と現状が異なることがある。現状を把握する必要有
- ・関係機関の連携状況を知る。
 - 把握した関係機関同士の連携状況（多職種との連携ができていところ、できていないところの把握）
 - 診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等の連絡協議会があるか、医師会、薬剤師会、歯科医師会や、それ以外にインフォーマルに行われている勉強会等はあるか
 - 各組織の目的やネットワークの強さはどうか
 - キーパーソンになりそうな関係機関はどこか

☑ 地域資源リストの作成・活用

- ・住民や専門職が閲覧できるように一覧表・マップにして配布
 - 情報収集する前から目的意識を持ち、情報公開の可否の確認や情報更新の方法について、関係機関と検討した上で、情報収集を行う

- ・相談業務に活用
 - 具体的なサービス内容を尋ね、相談内容に活用する

○活用できるツール

- ・地域の資源把握のためのアンケート（付録参照）
- ・既存の社会資源簿

○実例

実例 1) 施設を対象に研修会の案内と一緒に、簡単な在宅療養への対応状況を把握するためのアンケートをファックスで送付した。

実例 2) 歯科医師会は県全体で在宅医療推進に積極的に取り組む方針であることを知った。そこで、協議会委員の理事に声をかけたところ、歯科医師会でも地域の資源情報をまとめる予定があると知り、情報収集を依頼した。

実例 3) ふくおか医療情報ネット、福岡県介護サービス情報公表システムや各関係機関のホームページから情報収集し、資源リストを作成した。

実例 4) 訪問看護ステーションは、そのステーションの特徴を一言 P R として掲載した。

実例 5) 予め医療情報ネットで施設情報は情報収集し、ヒアリングでは困り事を中心に話を聞いた。

実例 6) 訪問看護ステーションががん末期患者等で訪問看護を実施した事例 150 例(2 年間)のデータからがん末期患者の在宅療養の実態を分析し、地域の現状を知る資料とし協議会で情報還元した。

NOTE 関係機関のニーズや課題はどの地域もある程度は共通

- ・ がん対策基本法の推進や、在院日数の短縮、在宅医療の高度化、等により、どの地域でもある程度同様のニーズや課題が生じています。モデル事業で明らかになった課題は下記表（表 2）のとおりです。ある程度仮説を持って地域の課題を探る方が効率がよいので、表 2 を参考にしてください。
- ・ 担当者に見えているニーズは一部分であり、意外と偏っている場合があります。そのため、より広く、様々な角度から情報収集し、集めたヒアリング内容やデータを客観的に捉える様に努めることが大切です。
- ・ 関係機関との関係性ができると、より地域のニーズが具体的に見えてきます。1 年目で見えるものと 2 年目で見えてくるものは違うので、更新が必要です。この具体的な課題を引き出し、取り組むことが、この事業を展開する上では重要です。

【図表 4】 各関係機関の課題 ～モデル事業で挙げた課題～

病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、看護師に在宅療養に関する知識や認識が少ない。 ・ 在宅療養に向けた、院内の支援体制が整っていない。 ・ 退院調整部署の力量・認識は病院によって様々
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療ニーズの高い患者や、在宅の看取りを希望する患者を受け入れてくれる診療所が少ない。 ・ 病院との連携ルートが整っていない。 ・ 在宅医同士のネットワークが不足している。 (医師が一人で抱え込み、負担が大きい)
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療ニーズの高い患者や、在宅の看取りを希望する患者を受け入れてくれる訪問看護ステーションが少ない。 ・ 病院との連携ルートが整っていない。
薬局	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応してくれる薬局が少ない。 ・ 麻薬管理・訪問をしてくれる薬局が少ない。 ・ 衛生材料や薬剤（麻薬）購入などの一括購入まで至っていない。
歯科診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん末期等の在宅療養者への口腔ケアや歯科治療ができる歯科診療所が少ない。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療ニーズの高い患者や、在宅の看取りを希望する患者への対応に不安や苦手意識を持つ者もいる。 ・ 対応に急を要するがん末期患者の予測が不十分となり、対応が遅れたり、訪問看護などの医療系サービスの導入にいたらない場合がある。 ・ 医療保険と介護保険の両方の制度をうまく使える者が少ない。
介護認定部署	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが特定高齢者への対応に追われており、ADLが低下していないがん患者への対応ができていない。地域包括支援センターの機能、あり方が問題。
施設	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに熱心な施設とそうでない施設がある。 ・ 看取りへの認識や技術が不足している。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

key word：顔の見える関係づくり・地域課題

関係機関同士が顔の見える関係をつくり、地域ニーズを把握・共有し、明らかにした地域の課題に共に取り組んでいけるよう、会議という場を活用し事業を進めます。また、関係機関のネットワークづくりも目的とします。会議の開催時には、会議の目的を明確にして、時間内に合意形成が図れるように、事前の根回しや、資料の準備や段取りを整えて臨みます。

会議は定期的を開催し、会議メンバーが在宅医療・介護連携事業を主体的に進めていけることが理想です。

○目的

在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策を検討すること。

○目標

短期：会議の立ち上げができ、地域の課題を共有することができる。

中期：会議メンバーが自分の組織で何をすべきか理解し、所属する組織で課題に取り組める。

長期：地域全体の課題解決に向けた取り組みが、会議メンバーを主体に取り組める。

○ポイント

- ☑ 担当者は会議にどのような機能を持たせるのか、イメージを持ち、見通しを立てる。
 - ・ 会議の持つ機能：ネットワークづくり（お互いを知る場）、地域のニーズ把握、各関係機関の課題の共有、地域の課題の明確化、関係機関同士の役割の明確化、会議が協働して取り組む内容（課題に対する対応策）を具体化できる。
 - ・ 市区町村のスタンス：市区町村が主導権を握るのではなく、各々の会議メンバーそれぞれが主体となり協働して取り組めるように運営する。また、会議を通して関係機関が自らの役割を考え決定していけるよう促す。
 - ・ 会議で何をどこまで解決するかを、ある程度明確にしておく。（メンバーの意向や組織間の関係性もあるので、会議を進めながら変更していく必要がある。）

- ☑ 会議メンバーの選定
 - ・ 会議は課題抽出と対応策の検討やネットワークづくりが主な目的になるため、メンバ

ーには組織を動かせる立場の人が望ましい。関係機関の代表者レベルに依頼する。

- ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会からの選定は、当該団体の会長に相談し選定してもらう方法を取るのが望ましい。
- ・ 医師については、医師会の代表に加え在宅医療に熱心に取り組む医師にメンバーになってもらう等の工夫が必要である。
- ・ 事業に理解のある学識経験者に入ってもらおうと、他の会議メンバーに受け入れがよい場合もある。
- ・ 住民の視点を持つことが大切なので、住民代表（民生委員会など）に入ってもらおう。
- ・ 実務者レベルで会議を持ちたい場合は、事例検討会など別立てで実施する。
- ・ メンバー構成の人数は地域規模に応じた人数で行う。

☑ 会議の事前準備

- ・ 今回の会議の目的・到達目標を明確にし、所内で話し合う。
 - －事前に得た委員の意見を参考に担当者は会議のシナリオを描いておく。
- ・ 会議の目的・目標が達成できるような資料を作成する。
 - －合意形成したい内容を協議するのに十分な資料作成を行う。
 - －専門用語を避け、分かりやすい平易な言葉や表現に留意する。
- ・ 会議の目的・目標が達成できるように根回しする。
 - －関係機関が主体的に発言できるように事前に会議の目的・方向性を知らせておく。
 - －事前に委員にアンケート等を行うことにより課題をまとめておく。

☑ 会議当日の運営

- ・ 会議のテーマやねらいを明確にする。
- ・ 各メンバーが自由に発言できるような場の雰囲気をつくる。（どのメンバーもなるべく対等な立場で発言できるように配慮する等）
- ・ メンバーから発言を引き出し、全員で決定したと感じられるように配慮する。
- ・ メンバー以外にも、テーマや解決する課題に応じてオブザーバーとして入ってもらおうとよい

☑ 会議事後

- ・ 議事録を作成し、送付（持参）する。持参した場合、会議への意見をヒアリングする機会にもする。
- ・ 会議の後に電話等で感想を聞き、次の会議や今後の展開に活かす。メンバーの事業に対する受け止めや士気を随時把握するのは重要である。

- ・ 事業全体への反映等、方針の変更があれば担当者と話し合う。
- ・ アンケート等で会議の評価を行う。アンケートに回答してもらうことで、メンバーの役割の意識付けも期待できる。

○実例

実例 1) 事前にメンバーに困っていること等についてアンケートをし、担当者はアンケートを基に共通の課題にするかの絞込みを事前にした。その課題が取り上げられるよう資料を作成し、会議で共有した。

実例 2) 1 回の会議で決定や協議できることは少ないため、メンバーに予め会議の目的を説明して回り、当日にメンバーが発言しやすいように準備した。各機関の取り組みを発言してもらうよう事前アンケートを実施した。

実例 3) 事前に関係機関をまわり、会議の目的説明、発言してほしい意見・情報等のうちあわせをし、その情報をもとに委員全員が発言できるようシナリオを作成し、当日活発な意見交換ができる(引き出せる)ようにした。

実例 4) 在宅看取りをした事例を用いて、メンバーが在宅看取り、在宅療養へのプラスイメージを共有できるようにした。

実例 5) 会議のためだけに情報収集するのではなく、日頃から折に触れ関係機関から情報収集、キャッチできるようコミュニケーションをとっておく。

実例 6) 事業への取り組みの十分な動機付けと課題共有のため、まずは、地域の現状が一目でわかるように資料を揃え会議に臨んだ。関係機関で関わった相談事例を報告し、関係機関が役割を考えていけるようにした。

実例 7) 話題提供を大学や関係機関に依頼した

例) 「福岡県における在宅医療推進に必要性 (大学教授)」、「地域がん診療連携拠点病院の取り組み紹介 (病院地域医療連携室 PSW)」、「○○地域在宅医療推進会議委員をして (訪問看護ステーション所長)」

実例 8) 事例を紹介しながら経過に沿って各関係機関の役割を確認していき、病院と地域との連携、在宅医療支援において関係機関の役割に対する理解と課題について検討した。保健所の役割 (啓発や関係機関との調整等) が明確になり、各関係機関が主体性や士気が高まった。

○参考資料

NOTE 会議の行方は？

- ・ 会議の目的や方針はメンバーが主体となって決定をしていくものですが、運営する側が意図を持っていなければ会議は路頭に迷ってしまいます。市

区町村は事業を推進する事務局として、事業全体を見渡しながら会議の位置づけを明確にし、進捗状況に応じて会議を導く役割があります。

- ・ しかし会議は水物であり、始めから会議のゴールをどうしたいか明確なイメージを持つのは難しいことです。モデル事業担当者同士で話し合いをしても、なかなか結論が出ませんでした。メンバー構成、組織間の利害関係等に左右され、こちらが思ったようには進まない場合が多々あります。
- ・ 会議のゴールとして想定されるイメージは、①どこかの関係機関が事務局を引き受けて下さり会議を継続する、②地域で発生した課題を共有・解決する場が他に存在するため、会議自体は目的達成ということで終了する等が考えられます。
- ・ この事業の目的は地域の在宅医療体制が整い、在宅で亡くなりたくと希望する人の望みを、少しでも叶えることです。どの時代にも在宅医療に関する課題はなくならないため、課題解決する場が地域に存在するか、場はなくても課題が挙がって来たときにすぐにその課題を共有して対応できるしくみができていけばよいのです。

会議のステップ：今はどの段階？

事業担当者同士がイメージする会議のステップを示してみました。会議が進んでいるか、どこに向かっているのか見えにくく、自信がなくなってしまうときもあるでしょう。現在のステップやこれから向かう先を確認してみましょう。しかし、組織がうまく動くかは色々な要因が影響しているため、動くところから動かすなど、柔軟な運営が必要です。

ステップ①関係づくりができる

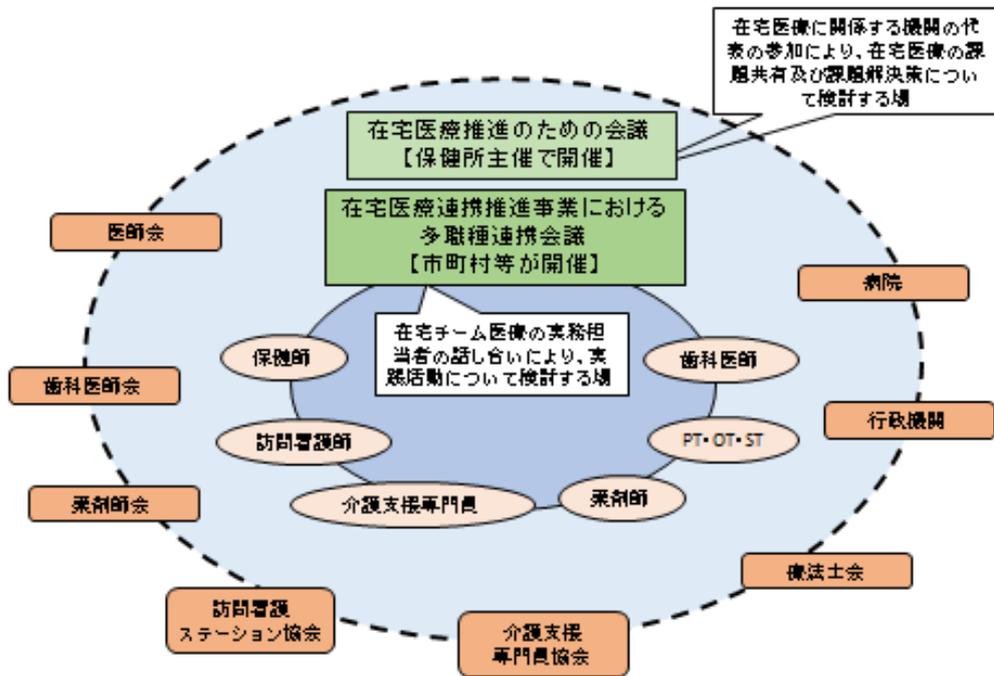
- お互いの顔が見える
- お互いが所属する組織の役割を知っている
- お互いの立場でできること・できないことを知っている

ステップ②事業推進（システム構築）への認識が高まり・行動できる

- 事業（システム）を必要とする人がいることを共有・確信している
- 地域の課題を自分たちの課題であると認識している
- これから構築する事業（システム）のイメージや具体を共有することができる
- 事業推進（システム構築）に向けて自分たちの役割や実施すべきことを理解している・それに向けて行動する

ステップ③事業で解決したしくみ（システム）を継続できる

- 担当者が変わってもシステムがスムーズに動くような工夫がなされている
- システムをメンテナンスしていくしくみがある



【図表 5】 県と市区町村が行う会議体の違いの例

(出典：社会保険実務研究所，週刊保健衛生ニュース2月)

(ウ) 切れ目のない在宅医療・介護サービス提供体制の構築

key word：仕組みづくり・地域特性

○目標

・医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取り組みを行なうこと。

・24時間365日安心して療養生活を送ることができる医療と介護の連携体制を構築する

○ポイント

・24時間365日の体制構築に向けて、現在ある資源に応じて何が必要かを検討する。

看取りに熱心な病院、診療所、訪問看護ステーションがあるか？

どのタイプで体制構築するか？地域で異なる。

・24時間365日の体制構築には医師の負担軽減が課題である。そのため、グループ診療、副主治医制、バックベッド、など、その地域に応じた体制構築を検討する必要がある。

・医師会にアプローチをするのに、保健所の力を借りる。

医師会や訪問看護ステーションへのヒアリング

・医師会や訪問看護ステーションに現在の課題を把握する

在宅看取りに取り組む必要性に理解を得る

在宅医の負担を減らすのに何ができるかを医師会と一緒に考える

仕組みづくりに向けた取り組み

・バックベッドの確保や医師のグループ化への支援

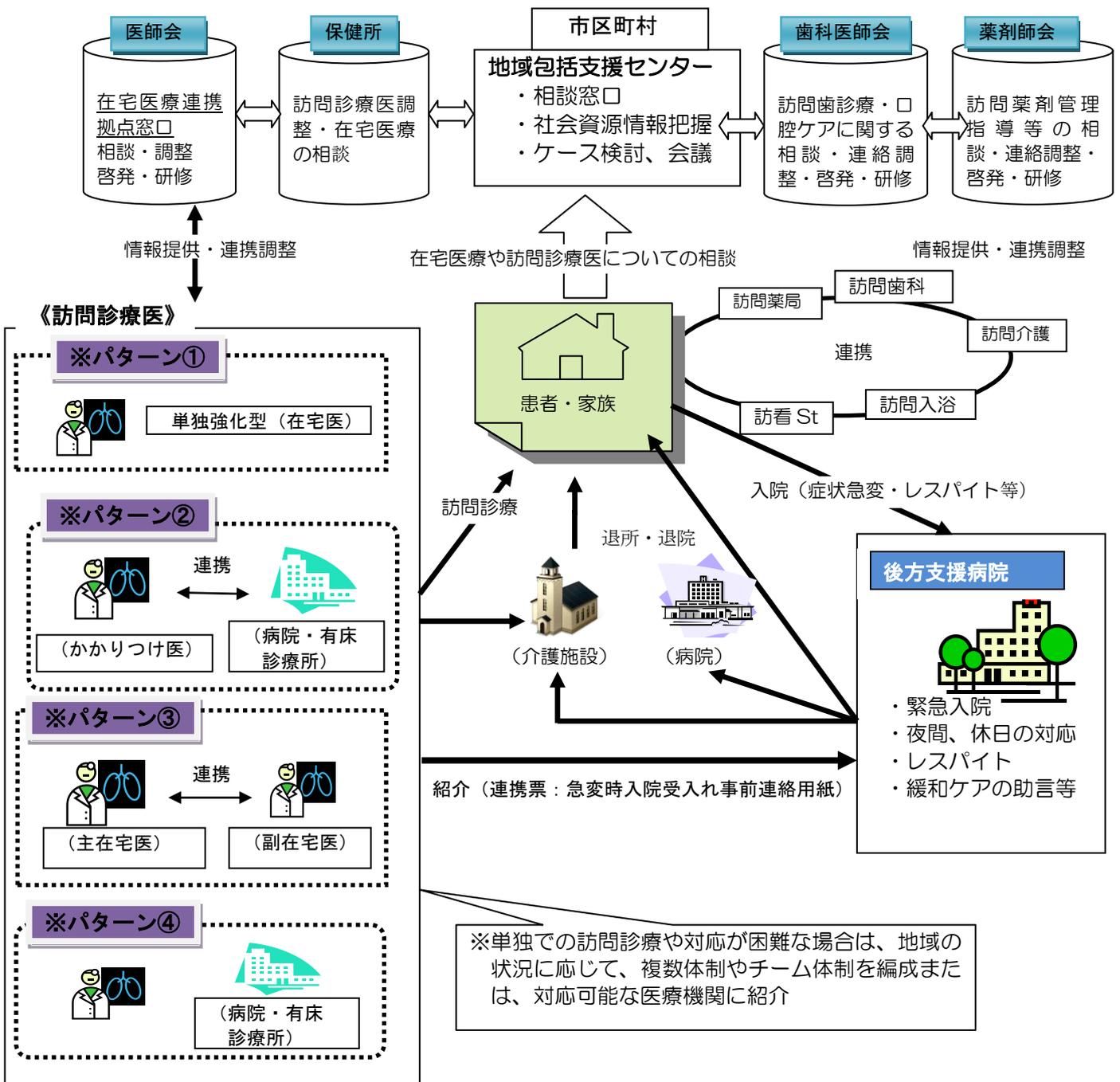
・訪問看護ステーション、介護事業所との連携構築（保健所・市区町村は、資源の情報を把握している→資源のつなぎ役）

・連携していることを知らないため、連携の仕方の情報提供

・各職種のエンパワメントの場づくり

○実例 「在宅医の確保」に向けて地域で関係団体と検討した案

- 1 課題：夜間や休日などにも対応する医師や訪問看護師等の医療従事者の負担が大きいため、役割分担や連携等を円滑にする仕組みが必要。
- 2 目的：在宅医療にとりくむ医療機関を確保し、地域の実情に応じて各エリア及び市全体の連携やバックアップ体制を確立し、すべての地域で安心して在宅療養ができる体制を整備する。
- 3 概要：地域の実情に応じたパターン（①～④）で在宅医確保について検討をする。また、医療従事者等からの在宅医療に関する相談対応や情報提供ができる拠点として医師会に相談窓口を設置。



(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

key word : 共有ツール

○目標

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

○ポイント

・まずは市区町村の部署を超えた会議により、どのような情報をお互いが持っているか、情報共有方法を検討する。

- ・市は医師会との連携はこれまで少ない。高齢者支援課
- ・患者情報を関係機関でどのように共有するか、システム構築しようとしているが、セキュリティの問題もある。市区町村がどこまで支援できるか？
- ・
- ・緊急時体制の連携
- ・診療情報のタイムリーな情報交換
- ・電子媒体か、紙媒体か

課題抽出

解決策の検討

→共有ツールの作成

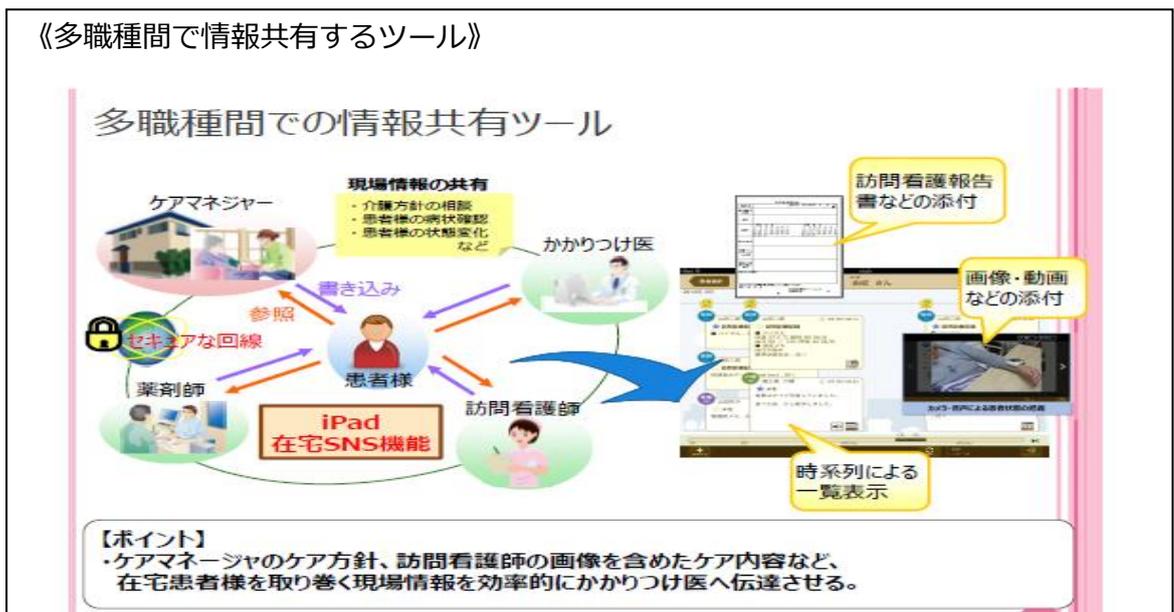
普及啓発の支援

クリティカルパスの開発

○実例 1：福岡県診療情報ネットワーク（とびうめネット）

かかりつけ医を通じて必要な情報を登録しておくことで、かかりつけ医・病院、消防・救急隊が入院時や退院時に連携して支援するから安心です。また、受け入れ病院も緊急時に患者さんの情報を参考にできます。

さらに、かかりつけ医、薬剤師、訪問看護ステーション、PT、ケアマネ、ホームヘルパー等、多職種間で iPad を使い情報共有するしくみを試行しています。



○実例 2：むーみんネット（宗像医師会）

地域住民の方が病気を持たれていても、可能な限り住み慣れた場所で、自分らしく生活されることを支えるためには、医療・介護にまたがるさまざまな支援が必要になります。宗像医師会では、在宅医療連携拠点事業「むーみんネット」を開設し医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職員等の多職種協働による在宅医療の支援体制を構築、包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざします。

※宗像医師会では厚生労働省の採択を受けて平成 24 年 6 月よりこの事業を実施しています。

在宅医療を安心かつ効率的に提供するためのさまざまな取り組み

1 研修会や学習会の開催や支援をおこないます

- ・既存の会議や研修への参加
- ・学習会や事例検討会開催（企画・運営）
- ・多職種との連携を推進、チーム医療の構築



2 相談窓口業務を開始します

- ・患者様、ご家族からの医療・福祉に関わる相談
- ・医療機関からの退院支援や退院調整の助言や支援
- ・福祉施設からの医療に関わる相談・支援

3 連携拠点を担う医療機関の取り組みをサポートします

- ・緊急入院一時ベッドの確保
- ・家族等介護者の休息のための入院ベッドの確保
- ・在宅医療と情報共有可能なシステムの構築

4 地域の情報を集約し、医療・福祉資源（物的・人的資源）の把握と情報発信をします

- ・地域の問題の明確化とその対応
- ・在宅医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進を図り、地域社会資源（物的・人的資源）の選択や連携に活用
- ・情報共有システムの整備
- ・ITを利用した多職種間での情報共有

5 地域住民への啓発・普及活動をおこないます

- ・地域住民へ事業の浸透を図り、理解と協力を得るためにパンフレット・チラシ等を活用したPR活動
- ・市民フォーラムや講演会を開催し、在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く紹介。在宅医療 連携拠点事業の普及・啓発に務める

「宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室ホームページ」より一部抜粋

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

key word：マニュアル・相談票・広報

市区町村は、地域で緩和ケアを希望する患者およびその家族や関係機関の相談に応じる役割があります。相談内容を把握し、地域の課題の抽出につなげることが重要です。委託する場合は、その相談窓口が機能しているかを評価すると共に、相談内容や対応を把握する必要があります。

市区町村にとっては、これまで相談に応じた経験が少ない対象者であるため、どのような相談が寄せられるか、相談内容に応じられるか等を不安に思うかもしれませんが、実際に相談を受けてみると、これまでの住民支援のスキルで対応できます。それは、例え疾患が変わっても行政の主要な機能である住民の生活を支える視点には変わりがないためです。

1) 相談窓口の設置

○目標 ・相談窓口が立ち上げられる

○ポイント

準備

- ・相談対応マニュアルの作成
- ・担当者不在時の対応体制についての検討
- ・緩和ケアや相談業務に関する所内研修の実施
- ・相談記録票（カルテ）の作成
- ・担当者が困った時にタイムリーに相談にのってくれる人を見つけておく（緩和ケアの経験の多い医師・看護師等）

広報

- ・地域在宅医療支援センターについて、ポスター、リーフレットを作成し、住民や関係機関に配布・周知
- ・町内回覧で管轄地域全町内会に周知

2) 相談の運営

○目標 ・ご本人・ご家族が安心して病院から在宅に移行できる。
・ご本人・ご家族が在宅サービスに満足する。

○実施内容

～最初の数例は丁寧にかかわろう！～

多くの家族にとって“終末期の経過”や“在宅や終末期医療・介護サービスの利用”は、非日常で不慣れであるため、サービス提供者への相談の場面でうまく気持ちを伝えたり、家族で話し合うのは難しいことです（「本人の気持ちをどうやって確認したらよいかわからない。言葉が見つからない」等）。一方で、担当者もどこまで「看取り」にかかわる質問に踏み込めばよいのか、相談者の反応を見ながら丁寧に対応する必要があります。また、事業推進の過渡期である現在、紹介する関係機関の具体的な看取りや緩和ケアに係るスキルが把握できていない場合もあります。

このように初回相談だけでは対応しきれない要因が多々あるため、最初の数例は丁寧に、相談終了時に「今日は、ご相談されてどうでしたか？お聞きになりたいことは、解決しましたか？実行されるときに不安な点がありますか？」など確認することが重要です。さらに、その後紹介したサービスや機関につながったのか、家族の合意が得られれば、直接、関係機関へ連絡調整をします。このように対応することで、担当者は地域の関係機関のサービスの成熟度も分かり、必要に応じて情報提供や研修・事例検討を通じた機関育成につなげることも可能になります。

【相談～終了までのプロセス】

- ☑ 初回相談は主訴だけでなく、困りごとの本質を探りながら傾聴する
 - ・主訴と本当の困り事は異なることがあるため、丹念に話を聞き、必要時は面接や訪問を行う（担当して最初の数例はなるべく面接・訪問につなげ、相談にのってみる）
 - ・電話では一つのことを相談していても、他のニーズを抱えていることが多い。生活実態を踏まえて相談にのる。相談がよかったかどうかを相談者になるべく聞き取る

- ☑ 一度は面接する
 - ・最初の段階で訪問する（サービス導入する訪問看護師や医師と同行することも有効）

- ☑ サービスの提供状況の確認
 - ・どんなサービスが入っているか、それに対してご本人・ご家族がどう感じているかを確認する。

- ☑ 終了時
 - ・亡くなられて数日後に訪問し、受けたサービスや看取りに対する満足・不満足について尋ね、支援不足等については次の支援に活かす。

3) 窓口で把握した相談内容の地域課題への反映

- 目標
- ・既存の資源では対応しきれないニーズを把握する。
 - ・相談内容から、地域のニーズや課題を把握する。

○ポイント

- ☑ 相談内容から住民ニーズを分析してまとめる。
- ・相談件数の集計
 - ・協議会、事例検討会等、次の事業の展開に役立てる。

○活用できるツール

- ・想定される相談内容のQ & A作成（資料）
- ・相談記録票（カルテ）（資料）
- ・地域資源の一覧（ニーズ把握で作成したものや既存資料）
- ・介護保険や医療保険制度（訪問看護・介護の料金等）
- ・OPTIMの相談マニュアル（<http://gankanwa.jp/index.html>）

○実例

- ・地域在宅医療支援センターのPRは各保健所が工夫し、広報への掲載、病院・薬局等の協議会委員にポスターを貼付してもらい、リーフレットの配布、町内回覧した。また、特にターゲットとなりそうな住民が利用しそうな場所（調剤薬局で麻薬を使っているところ等）には、ちらしを多めに配布した（4保健所）
- ・支援センターへの相談事例（資料）

NOTE 先行して立ち上げた地域在宅医療支援センターの実績から
地域在宅医療支援センターの広報を行うに際して担当者が心配するのは、周知すれば相談が殺到するのではないかということです。モデル事業の経験から、その心配はあまりないと考えてよいでしょう。

○どのくらい相談が来たの？

- ・リーフレット、ポスター（24ヶ所の関係機関への配布）
→12件の相談
- ・市報に掲載（12月号）→翌月に3-4件の相談
- ・3000枚のちらし配布→直後に2件の相談

- ・ 全町内回覧（約 58,500 戸、6000 枚）→10 件程度の相談

○どういう相談が予想されるか。・ 病院、資源リスト

- ・ 利用できる介護保険、医療保険制度
- ・ 先の不安
- ・ 地域連携室やケアマネジャー等の関係機関からの相談も入る
- ・ 在宅療養導入の相談

○センター便りを定期的に発行し、アピールする

(カ) 在宅医療・介護関係者の研修

key word：事例検討・参加型学習

在宅緩和ケアを必要とする患者を受け入れる体制を整備するためには、関係機関の連携やスキルアップが必要です。在宅医療を推進するうえでどのように連携していくか、またはどのようなスキルアップが必要かを、それぞれの立場で考えて、今後研修会等を各機関が主体的に開催できるよう進めていくことが重要です。

○目標

【連携促進のための研修】

- ・ 在宅医療を推進する意義を理解できる。
- ・ お互いの役割や機能を知る。
- ・ 在宅医療に取り組むモチベーションが向上する。
- ・ 連携方法を知る。

【スキルアップのための技術研修】

- ・ 在宅緩和ケアに必要なスキルを知ることができる
- ・ 在宅緩和ケアに必要なスキルを身に付けることができる

○実施内容

- 在宅医療推進の必要性に関する普及啓発を行う。地域の専門職に不足するスキルに関する課題を明らかにする
- スキルアップが必要な内容について研修を実施する。
- 事例検討やグループワークなど、なるべく参加型で実施する。

○専門職のスキルアップを目的にした研修開催のポイント

☑ 対象

医師、看護師、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー、施設職員、等

☑ ポイント

- ・ 最初は連携しやすい関係機関と共催・連携する。
 - － 関係機関・関係団体も研修を定例行事として実施することになっている場合もあるた

め、その研修とリンクして実施する。

- ・連携することでお互いのメリットが大きくなるよう工夫する。
 - －認定看護師への講師の依頼：認定看護師講師は5年ごとに更新する必要があるが、自己研鑽の実績が規定の内容で一定の得点以上に達していることが条件となっている。研修会等の講師をすることはそのポイントになり得る。
 - －医師会との共催：医師には「医師会生涯教育制度」というのがあるため、医師会に単位をつけてもらうと医師の参加が促される可能性がある。
- ・関わった事例の活用、次への事業展開につなげる。
 - －事例を関係機関で共有するような研修会を行うことで、より具体的な課題や取り組みへのイメージが共有でき、参加者のモチベーションが上がる。
 - －相談窓口で相談を受けた事例を研修で紹介したり、検討事例として取り上げる。
 - －研修会に参加した関係機関や専門職が困っていることをキャッチし、次への展開につなげる。

☑ 研修例

- ・関係機関の連携を促進するための研修
- ・ケアマネジャーや居宅支援事業所を対象とした終末期患者のケアプラン作成
- ・地域での受け入れが初めての事例への技術研修
- ・医師、訪問看護師を対象とした麻薬の取り扱い
- ・介護職の特定行為（たん吸引等）に関する研修

○実例

- ・ケアマネジャーから「医療依存度の高い療養者のプラン作成が難しい」という声が挙がり、ケアプランの研修を企画段階からケアマネジャーと共催で開催した
- ・緩和ケア研修会：

実例1) 医療・保健・介護等の関係者を対象に広く実施。初回研修は、在宅緩和ケアについて、地域での在宅緩和ケアへの意識を高めることを目的に、総論的な話から入った。参加人数78名。また、医師会との共催研修では、生涯学習ポイント、介護保険主治医研修を兼ねてもらった。いずれも実践している医師を講師に選定。参加人数89名。

実例2) 協議会で取り上げられた「病院側が在宅サービスについての理解がない」「退院カンファレンスもないままに退院させる」課題から病院、地域の従事者対象で「病院から始める退院支援・退院調整」の研修会を開催した。

○参考資料

- ・ 社団法人日本看護協会ホームページ：認定看護師，更新審査
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
- ・ 日本医師会ホームページ：日本医師会生涯教 on-line，生涯教育制度のご案内
http://www.med.or.jp/cme/cme_info.html
- ・ がんの痛みよ、さようなら！こうすればとれる「がんの痛み」 武田文和・高橋美賀子・石田有紀編集 金原出版株式会社 2008
- ・ 病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例 宇都宮宏子編集 日本看護協会出版会 2009
- ・ あなたの家にかえろう 「おかえりなさい」プロジェクト事務局

(キ) 地域住民への普及啓発

key word : プログラム・看取り

60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答している²⁾が、在宅療養移行や継続の阻害要因としては「家族への負担」や「急変した時の対応への不安」等により、実現可能と考えている人は●%程度である。多くの人は家で在宅療養生活を送り、在宅で亡くなるという選択肢を持っていません。病院から出されることは「見捨てられた」と受け止め、家でも医療が提供されることを知らない人が大半です。在宅療養という選択肢があることを伝えることが必要です。さらに重要なことは、元気なうちに自分はどのように亡くなっていきたいかを考える機会を持ってもらい、住民に在宅でも医療が受けられ、よい表情で看取られる方がいることを知ってもらうことです。

○目標

- ・在宅医療の内容が理解できる。
- ・在宅医療の相談窓口を知る。
- ・在宅が療養場所の選択肢の一つであることを理解できる。
- ・自分のこととして「死」について考えられる。
- ・在宅看取りが可能であることがわかる
- ・かかりつけ医を持つことの重要性がわかる。
- ・利用できるサービスと内容や費用がわかる。

○ポイント

☑ 対象

- ・一般住民
- ・民生委員
- ・区長
- ・健康推進員、食生活改善推進員、等

☑ プログラム立案・実施のポイント

- ・目標に基づきプログラムを作成する。
- ・住民はあまり在宅医療に関する知識や経験がないので、具体的なイメージを持ってもらえるように進めることがポイントである。身近なこととして考えてもらえるように

プログラムを組み立てる。

例えば、「在宅での医療を希望した場合の在宅医の探し方、相談出来る所」

「在宅で、どの程度の医療が受けられるのか？」

「胃ろうをしていますが、在宅での療養は可能か？」等

- ・実際に在宅療養や看取りを経験した家族等の話を盛り込むのが効果的である。

「在宅療養を希望したいが家族に負担をかけたくない」という住民も多いため、「看取りの経験が遺族のその後の生きる力、グリーフワークにつながる。家族が“いのち”を学ぶ機会になる」という意味にもなることを伝える。

○実施内容

- 民生委員、区長等の代表者を対象に啓発を行う。
- 市民公開講座を開催する。
- 在宅療養を支援するボランティアの育成・支援を行う。
- 医療・福祉部署以外（教育・商工等）への啓発を行い、各組織をとおしての住民啓発を推進する。
- 住民が集まる場に出向き、住民啓発を実施する。
- 在宅看取りの経験者の話を聞く場を設定する。

【プログラム例①】：在宅医療の具体的な説明とグループワークの実施

- ・住民にも自身がどう最期を過ごしたいかを考え、準備する必要があることを伝える。
地域で継続して医療が受けられるようにかかりつけ医を持つこともその一つであることを伝える。
- «ポイント»現在でも在宅医療が受けられ看取りも可能であることについて、実例等を挙げながら説明することが必要。住民はイメージがつかない。グループワークでは、「在宅療養は難しい」という話に終わってしまう危険性もあるので要注意。

【プログラム例②】：開催地域の在宅医療に熱心な医師を講師とした市民講座：

- ・在宅医療の知識が深まる

【プログラム例③】：在宅医療関係者によるシンポジウム（サービスの役割と利用方法）

- ・実際に在宅看取りを経験された方のお話しを入れると、内容が深まる。

☑ 啓発に利用できる媒体

- ・ 講義でのパワーポイントの使用（実例など写真を使って説明）
- ・ 地域の新聞への掲載
- ・ 地域のラジオ
- ・ 地域のケーブルテレビ
- ・ 県の広報番組
- ・ 小冊子

○実例

・ 住民を対象に実施

実例 1) シンポジウム形式

テーマ：「あなたにとって幸せな最期とは？」～在宅療養で豊かな時間を過ごす～

シンポジスト：保健所、在宅医、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、看取りを経験した家族

周知方法：広報、ポスター（40部）、ちらし（400部）を関係機関、民生委員、公共施設に掲示または、配置

参加人数：82名

実施した感想：当日は悪天候であったが、申し込み以上の参加があった。時間が延長したにもかかわらず、ほとんどの方が最後まで参加し（むしろ、「時間が短い」との意見もあった）、住民の関心の高さを感じた。アンケート結果では、80%の住民が「自宅への療養」を希望しており、また参加した住民の1/3は「在宅医療の体制を知らない」と答えていた。関心が高い住民でさえ在宅医療体制を知らない現状が分かり、この事業及び啓発の必要性が実感出来た。シンポジウム形式の研修会は、事前準備、打ち合わせが大切で大変であったが、それらをとおして関係機関とさらに協力関係が深まり、住民が在宅医療を望んでいる事が伝わって来て、担当者としてもモチベーションが上がる事業であった。

実例 2) 研修形式

- ・ 市女性クラブ（婦人会）主催の「がん征圧講演会」を共催で開催してもらい、在宅緩和ケアのテーマで研修を実施。訪問看護ステーションからも話をしてもらう。参加者65名。

民生委員を対象に実施

実例 3) グループワーク形式

テーマ：在宅緩和ケア

グループワーク内容：あなたが末期がんで、死期が迫っていると告げられたら（6ヶ月程度）、どこで療養したいですか。

対象：民生委員地区長

周知方法：在宅医療推進協議会委員を通して依頼

参加人数：1回目 10人 2回目 7人

実施してみた感想：住民には、在宅療養を支えるサービスについてはほとんど知られておらず、在宅医療をイメージするためには、医療費や各種サービスなど具体的な情報の提供が重要であると思われた。今後は、「在宅療養が可能かもしれない？」というイメージづくりのため、在宅療養の実際や事例紹介などの具体的な情報提供を組み込みたい。

○参考資料

- ・あなたの家にかえろう（「おかえりなさい」プロジェクト事務局）
- ・在宅サービスの料金等が分かる資料
- ・宮崎のホスピスガイドブック（「宮崎をホスピスに」プロジェクト 木星舎）
- ・終末期ガイドブック「家に帰りたい」と言われたら・・・（著者：幸田稲子）

NOTE 住民の声

○研修会等では下記のような声が住民からあがりました

<意見・感想>

- ・在宅でも療養できることが分かった
- ・在宅療養は家族に負担や迷惑がかかるため難しい
- ・在宅療養は近くに訪問してくれる医師がいないので難しい

<質問>

- ・訪問診療をしてもらえるところを教えて欲しい
- ・ホスピス病棟を紹介して欲しい
- ・胃ろうを造設しているが在宅で看取することは可能か
- ・家族が今入院中だが、在宅医療を受けたいときは、どの段階で相談したらよいか？主治医にも相談した方がよいか？
- ・家族がいても薬剤師が薬を届けてくれるよう依頼するのは可能か？

○実例：A 保健所の住民啓発研修受講前後の受講者の意識変化

事業名：在宅医療市民啓発研修会

目的：市民ががんの終末期においても「希望する場所で療養できることを選択できる」ことを知ると共に、センターの役割を周知する。

対象者：一般住民

テーマ：「暮らしの中の医療 ～在宅療養で自分らしく、豊かな時間を過ごす～」

内容：①在宅医療とは何か

②在宅医療の推進が必要な理由

③在宅医療支える支援者とその役割

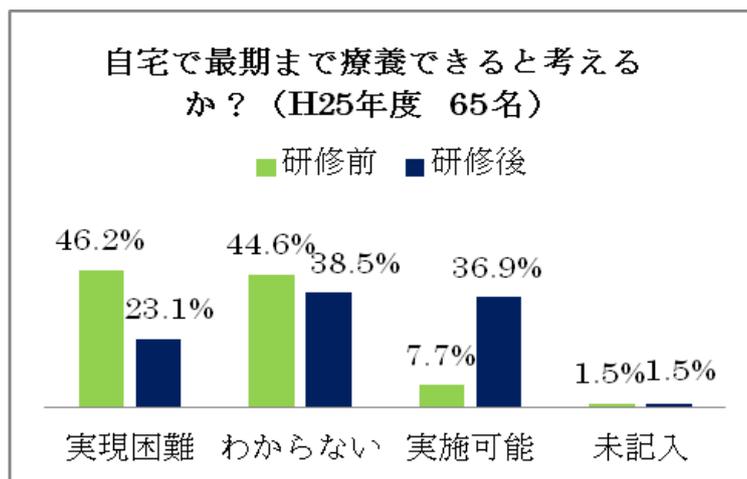
④在宅医療の実際

⑤行政の相談窓口と役割・機能

※講師は、保健所の保健師及び在宅医療に取り組む医師

結果：受講者に対して受講前後の意識について研修会場で自記式調査を配布・回収した。

「自宅で最期まで療養できると考えますか？」という問いに対し、「実現困難」と回答していた割合が、46.2%から 23.1%へと減少し、「実施可能」と考える割合が 7.7%から 36.9%に増加した。



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

key word：広域連携

○目標

複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する。

○ポイント

- 課題解決するために、広域連携が必要かを検討する
- 課題解決に向けて、連携できる市区町村から始める

○実施内容

広域（例：二次医療圏内）の市区町村間で、地域の課題や実施内容を定期的に共有する場を持つ。

広域に協働することが効果的・効率的である場合は、連携して進める。

（例：情報共有の方法や様式の統一、等）

保健所の関わりが望ましい場合

- ・ 専門的な医療機関（認知症医・がん拠点・後方支援病院）、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の医療団体との調整は各市区町村を超えた調整が必要な場合
- ・ モデル的な取り組みを各市区町村に拡大する場合
- ・ 保健所が在宅医療を進めたノウハウを持っている場合

Note

連携して課題を抽出して解決する！

ネットワークづくり、在宅緩和ケアシステムづくり－実施方法全体を通して必要な視点

関係機関への事業説明、地域資源の現状把握、研修会等、全ての場面においてネットワークづくりや、在宅緩和ケアシステムの構築を意図して行動します。この事業の最終目標は、在宅緩和ケアに関する課題を解決できる仕組みが整い、在宅緩和ケアを必要とする住民が、安心して在宅療養を選択できることです。在宅緩和ケアシステムは多くの関係機関が関って成り立つため、多機関が問題を持ち込み解決できるネットワークが地域に存在することが重要です。また、社会背景が変化するにつれて課題も変化していくため、ネットワークは継続的に存在する必要があります。その最終目標をイメージしながら本事業を展開していきましょう。



○目標

在宅医療に関する地域の課題があがってくる場をつくる。

○ネットワークメンバーの望ましい姿（目標や評価項目になるように検討中）：

- ・顔の見える関係ができる。
- ・在宅医療で分からないことがあった時に尋ねる相手がいる。
- ・困った時に手を貸してくれる人がある。
- ・お互いの役割（できること・できないこと）がわかる等。

○ネットワークの種類

- ・診療所（医科・歯科）・訪問看護・薬局のネットワーク
- ・入退院（主治医・病棟看護師・訪問看護師）のネットワーク
- ・ケアマネと訪問看護の連携

○実施内容

短期：協議会の立ち上げができ、地域の課題を共有することができる。

中期：協議会委員が自分の組織で何をすべきか理解し、所属する組織で課題に取り組める。

長期：地域全体の課題解決に向けた取り組みが、協議会委員を主体に取り組める。

○ポイント

以下、ネットワークやシステム構築の段階別にポイントをまとめてみました。

☑ キーパーソンを見極め、協働の糸口を探る。

- ・日頃から会う人について、この人は本事業のネットワークやシステム構築のキーパーソンになり得るかを考える。
- ・キーパーソンと協働関係を構築するには、お互いにとってメリットがあることが重要。キーパーソンに困りごとがあった場合はそれを糸口に関わるとうまくいくことがある。事業の推進によってキーパーソンに、困りごとが解決されると感じてもらえることが望ましい。
- ・地域の中にはあらゆるネットワークがあるが、核となるような強いネットワークをエンパワメントし、他の職種やネットワークを引っ張っていくことで、システム構築を進める戦略も効率的になる。

☑ 関係機関同士で課題や解決方法を共有する。

- ・各々が担っている役割や考え方についてお互いに理解を深めつつ、課題を明らかにすることが大切。基盤は、顔の見える関係になり信頼関係を構築することである。
- ・事例を関係機関同士で共有することで、それぞれの関わる範囲が分かり、どこにシステムの穴（課題）があるかが浮き彫りになる。事例検討を繰り返すことによって、その地域の強みや関係者の調整の必要性や力量不足などが明確になってくる。
- ・課題を共有したら、どのように対処できるかを話し合いえるように発展させる。

☑ 関係機関が共に行動する。

- ・関係機関同士の志気が高まるタイミングをつかみ、共に行動してみることが重要
- ・何か一つやり遂げることでさらに連帯感が強まり、次の行動につながる。

☑ 在宅緩和ケアシステムを保持・評価していく方法を見つける。

- ・担当者が変わっても、組織の課題としてつなげていけるようなネットワークをつくることを目指す。
- ・保健所は構築したネットワークやシステムを維持するために、評価する役割は担い続ける。最初から、評価までのプロセスを視野に入れたシステム構築を行う。

○参考資料

- ・滋賀県草津保健所の在宅医療推進の取り組み資料
(H21年度第1回在宅医療推進研修会資料)

4. 事業の振り返り・評価

○なぜ事業の振り返り、評価が必要なのか？

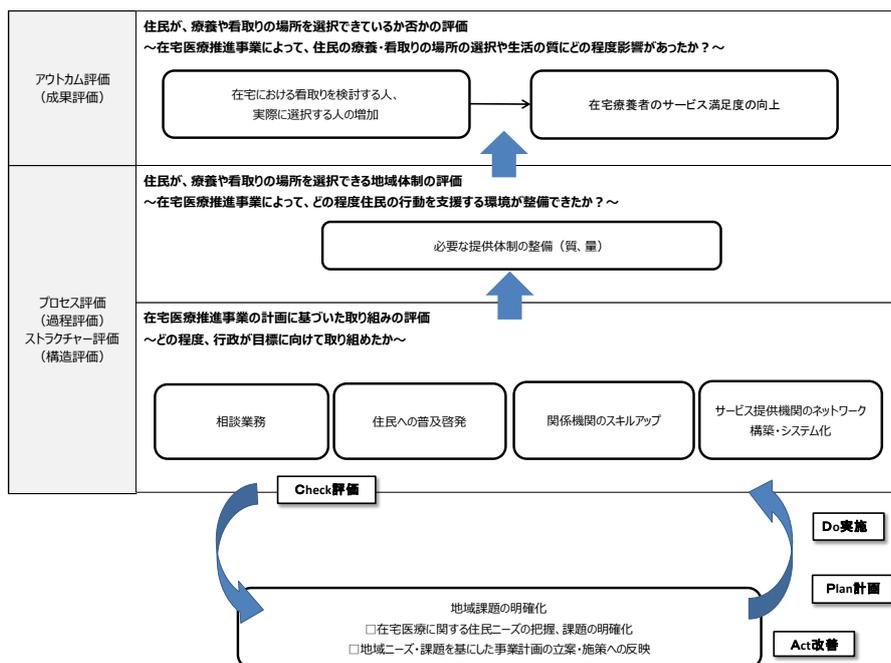
事業評価の目的には大きく2つあります。1つ目に「事業の人やお金の投入によって、どんな成果があったか？」「事業実施上の課題は何か？」を見直し、戦略的に実施していくためです。2つ目に、納税者への説明責任の向上です。税金に見合うだけの価値あるサービスを提供し、住民にとってベストな方法で事業を実施していることを納税者、すなわち住民に分かりやすく説明するためでもあります。

事業評価は事業の意義を可視化することであるため、日々業務に追われがちな担当者が、次の事業の展開方法を知ることや、住民に限らず担当者以外の職員の理解を得ることに役立ちます。事業の継続やより効果的・効率的なサービスを提供するために事業評価は欠かせません。

○在宅医療推進事業の評価枠組み

評価指標の構成は、ストラクチャー（構造要件）、プロセス（過程要件）、アウトカム（成果）（Donabedian, 2003）を枠組みとして整理しました。プロセス評価では、「どの程度、行政が目標に向けて取り組めたか」、「在宅医療推進事業によって、どの程度住民の行動を支援する環境が整備できたか？」を評価します。「成果評価」は、「住民の療養・看取りの場所の選択や生活の質にどの程度影響があったか？」を評価します。（図1）

図表1 在宅医療推進事業の評価枠組み



○在宅医療推進事業の評価指標

図表 2 在宅医療推進事業の評価指標

大項目・中項目		小項目
住民への普及啓発		(1) 住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる
必要な提供体制の整備	在宅療養支援診療所	(2) 病院：24時間対応可能な診療所・病院が増える
	訪問看護事業所	(3) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
	薬局	(4) 訪問可能な薬局が増える
	歯科診療所	(5) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
	病院	(6) 退院前カンファレンスに地域のサービス提供者も参加している
	高齢者施設	(※) 施設看取りに積極的な施設が増える ※ (10) に含む
	訪問介護事業所	(7) 特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える
	地域包括支援センター	(8) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
	市町村	(9) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある
事業全体の成果（アウトカム）		(10) 在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡を含む）が増える

在宅医療推進事業の評価指標は図表 2 の 10 項目です。これらはデルファイ調査によって、在宅医療推進事業経験者の意見を基に、100 項目の中からより指標にふさわしいとされるものを精選しました。

○評価の時期

評価の時期は項目ごとに、変化を追うのに適切な時期と、実施可能性を考慮して決めました。改めて、調査を実施するのは費用と労力がかかるため、定点調査をなるべく活用することが必要です。

<福岡県の例>

評価指標	活用できそうな調査	頻度
住民への普及啓発の評価	日常生活圏域ニーズ調査	3年に1回
在宅療養支援診療所の評価	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査	毎年
訪問看護事業所の評価	訪問看護事業所調査	2年に1回
薬局、歯科診療所、等	資源名簿の更新	毎年～2年に1回

62項目は、事業を実施する上で視点を与えるのに活用可能です。

中項目	小項目	
職員組織	1) 担当者変更時の引継ぎが的確にできる	
予算	2) 事業に必要な予算の確保ができる	
ニーズ把握・事業計画の立案	3) 在宅医療に関わる地域の実態を把握し、課題を抽出できる（適宜、見直すことができる）	
	4) 在宅医療に関わる地域の課題に基づいた事業計画を立案できる	
相談支援	評価	5) 個別相談支援に必要な在宅療養についての情報がどこにあるか分かる
		6) 必要な社会資源にタイムリーにつなぐことができる
		7) 個別の相談支援から、共通するニーズや課題の抽出ができる
		8) 住民または、関係職員からの相談件数が増える
住民への普及啓発	評価	9) かかりつけ医をもつ住民が増える
		10) 住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる
		11) 住民は、地域包括支援センター、保健所等の在宅医療について相談できる場所がわかる
		12) 住民は、利用できるサービス（コストも含む）を知ることができる
関係職員のスキルアップ	計画	13) 関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルの実態把握・課題の抽出ができる
	評価	14) 関係職員は、在宅療養/在宅看取り推進の必要性や方向性が理解できる
		15) 関係職員は、地域の医療機関や施設等の在宅医療に関する社会資源がわかる
		16) 関係職員は、在宅医療に必要とされているスキル（麻薬・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレーター管理等）を高めることができる
		17) 関係職員は、医療ニーズの高い患者を適切な関係機関につなぐことができる
		18) 在宅医療推進に向けた、地域のキーパーソンを発掘し育成できる
		19) 関係機関の在宅療養/在宅看取りに関する連携状況の実態把握および課題の抽出ができる
関係職種 のネット ワークづ くり	実施	20) 地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり（会議）が効果的に実施できる
	評価	21) 関係機関同士が、お互いの役割や取り組み内容を理解できる
		22) 関係機関同士が、担当ケースを通して連携体制をつくることができる
		23) 関係機関同士が地域の課題を話し合う場（会議や勉強会など）が、地域にできる
		24) 関係機関が協働して、地域の在宅医療に関わる課題に取り組むことができる
		25) 担当職員が変わっても、継続的に関係職員間の連携体制が構築できる
		26) 地域の特性に応じたネットワーク組織ができる<例>診療所・訪問看護・薬局の衛生材料や薬品管理等のネットワーク、病院と地域の入退院体制のネットワーク等

中項目	小項目	
必要な提供体制の整備	27) 地域において提供されるサービスの質と量、住民ニーズの供給バランスについて評価できる	
	28) 診療所同士が連携し、訪問診療可能な診療所が増える	
	29) 24時間対応可能な診療所・病院が増える	
	在宅療養支援診療所・病院	30) 在宅療養/在宅看取りの患者数が増える
		31) 在宅看取りが可能な訪問看護事業所数が増える
		32) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問看護事業所で担当する事業所が増える
		33) がん末期、神経難病、小児、精神疾患、認知症に対応できる訪問看護事業所が増える
	訪問看護事業所	34) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
		35) 訪問可能な薬局が増える
		36) 麻薬の取り扱い、一包化調剤が可能な薬局が増える
		37) 複数の薬局が連携して、薬剤や衛生材料の提供ができる
	薬局	38) 訪問できる歯科診療所（訪問歯科診療）が増える
		39) 訪問できる歯科衛生士が増える
		40) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
	歯科診療所	41) 退院支援部署を設置する病院が増える
		42) 退院前カンファレンス（地域のサービス提供者も参加する）を行う病院が増える
		43) バックベッド体制を担う病院が増える
		44) レスパイト入院を受け入れる病院が増える
	病院	45) 訪問看護を利用する施設が増える
		46) 施設看取りに積極的な施設が増える
		47) 施設看取り経験のある施設職員が増える
		※施設看取り数（率）が増える：（62）に含む
	高齢者施設等	48) 居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、在宅看取りを希望する利用者数が増える
		49) 特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える
		50) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問介護事業所で担当する事業所が増える
		51) 地域の社会資源情報の把握や住民や行政機関に情報提供ができる
	居宅介護支援事業所	52) 医療系のサービス提供機関との連携が促進する
		53) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
		54) 地域の医療・介護サービス資源の把握ができる
	地域包括支援センター	55) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応について協議の場がある
		56) 在宅医療・介護連携支援に関する相談の場がある
		57) 在宅医療・介護サービス等の情報が関係機関で共有できている
58) 在宅医療・介護関係者に対する研修を実施している		
59) 在宅医療・介護にかかる住民への普及啓発をしている		
60) 関係市町村と連携して地域で不足するサービスを提供できる仕組みがある・協議の場がある		
61) 在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える		
在宅（自宅・施設）看取り数（率）	62) 在宅看取りに満足できた住民が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡を含む）が増える	
在宅看取りへの住民の満足度		

IV モデル事業担当者のコラム

「在宅医療推進事業を2年間担当して」

「あなたは『在宅医療推進事業』担当ね」「は？何ですかそれ？」育休復帰初日の私の頭に？？？マークが飛び交ったあの日から早2年。何から始めていかさえ分からず途方にくれ、不安に押しつぶされそうで、時には現実逃避をし、暗いトンネルの中に迷い込んだ気分でした。

それから2年、医師、訪問看護師、薬剤師、看取りをした家族等など・・・地域を周りながらいろんな方と出会い、話をききひとつひとつ教えていただきました。事例に胸が熱くなることもしばしば。そしてそんな事例を知る中で確信した「家で最期を迎えたいと望む患者さんや家族が確かにいる。その思いに応えたい。そのために頑張っている人達を支えたい。それが実現できる宗像になるといい。」という思い。ただその思いに突き動かされてきたように思います。そして常に刺激（叱咤激励も含め）して下さる方々が気持ちを後押ししてくれました。

この事業は保健所だけで進めるものではありません。むしろ保健所は調整役。関係者の声をきき、現状を把握し、情報をまとめて提起、事業に展開させる。この事業ならではの進め方だと思います。その分、とても苦しいものはありますが。

そして今、少しずつ地域に動き・変化がみられ、2年前声も交わしたことがなかった職種同士が協働し、関わろうとし始めています。「顔のみえる関係」ができ、「つながった」と思える瞬間です。

この事業に出会わなければきっと私も「病院で死ぬことが当たり前」と思っていましたし、「自分で療養の場所を選択する」なんて考えなかったでしょう。私自身の生き方や家族との関わり、死生観等いろんなことを考えさせられる機会ともなりました。

これから事業を始められる担当者は不安いっぱいだと思いますが、大丈夫です。まずはいろんな方々の声をきいてみませんか？必ずあなたを支えてくれる方がいますよ。

(担当H)



「在宅医療推進事業を担当して」

平成21年4月に、この在宅医療事業の担当になりました。担当してすぐに、新型インフルエンザの発生があり、この地域は、次々に感染が起こり、中学校での集団感染もあり、発熱外来の設置など、この対応が最優先となりました。秋には、統合のため、環境が変わり、実際に在宅医療事業を展開出来たのは、10月がスタートと遅くなりました。それでも、何とか、よくここまで進めていけたかと、支えてくださった方々に感謝しています。

当初は、この事業は、「難しい！」と不安でいっぱいでしたが、『出来ることを、協力してくれる人達でやって行こう』という精神で進めて行きました。と言っても、自分自身がなかなか在宅医療の必要性がわからず、「病気なら病院が一番いい」、「病気の人を自宅へ帰すなんて出来るわけがない。本人も家族もかわいそう」と思っていました。

でも、この事業に携わっていくうちに、自分の中で「何か」がつかめた瞬間がありました。

その「何か」とは？ それは、『ニーズ』だと思います。住民のニーズ、医療者側のニーズ、社会全体としてのニーズ、それが一致していると確信出来たことです。

そして、この事業には、「愛」があるなと感じています。今、世の中に活気がなく、人と人の関係も希薄になっている状況で、人の気持ちを大切に考えている人達がいることです。

それは、患者さんと家族の愛、医師や看護師等の患者さんへの「愛情」、自分が大変な経験をしたから「ボランティアとして援助したい」という優しい気持ちです。

この事業は、これらの『愛』があることで成立していく事業だとも思いました。家に帰りたく願う患者さん、本人の願いを叶えてあげたいと思う家族。その家族を支えようと支援する医療者側。「人生の最期を少しでも豊かな気持ちで過ごさせたい」その思いが、ひとつになり、成立しているのだと思いました。これまで、家族を大切に、良好な家族関係を築いてきた人達ほど、『最期は家で看取りたい』と願っているような気がします。

その人が自分の人生を生きてきて、最期の旅立ちの時に、住み慣れた場所で、愛する人たちに囲まれて過ごせる幸せは、何ものにもかえがたいものです。人としての尊さを感じています。

家族を大切に生きて来られた方々に、是非、『この選択肢がある』ことを知ってもらいたいと思いました。まずは、行政として、この事を広く伝えていく事がスタートではないでしょうか。

平成22年度は、新しい担当者がたくさん増えていくとのことで、一緒に悩み、考えて、福岡県の住民の方々に新しい療養の場所が提供出来るようにしていけたらいいなと思います (^ ^)

(担当O)

「在宅医療推進事業を担当して」

担当者としてあちこちに出かけ、色々な関係者の方々と出会うことができた6ヶ月間であった。

仕事が進むためにはこちらの思いが、まずうまく伝わらないといけない。うまく伝えるためにはまず自分がその気にならなければ、思いは伝わらない。

熱意が伝わらなければ人は動かない。公的立場である保健所の強みは他の民間の人より気軽に連絡を取りやすいし動きやすい。「ネットワークを構築する」なんて途方もない時間がかかるような感じがするかもしれないが、意外とそれぞれの関係者は自分の仕事に自信と誇りをもって、しっかり役割を担っておられるのだから、つなぐ場さえセットできれば、後はそれぞれが必要とすることをやっていただけるのではないかと思う。

また、関係機関は個別に様々なネットを持っておられることもわかった。保健所が把握していないことは意外に多いことも・・・。

「すきまのない包括的なケア」を可能にするために関係機関同士をつなぐことが公的機関である保健所の大きな役割であり、担当した期間、もっとも保健師らしい業務ができた時間だった。

がん拠点病院の院内ラウンドでは、治療してもらおう立場の患者さんたちが、治療に自分の意志をどこまで反映させておられるのか・・・治療することが優先されすぎて医療者側が気付けない課題と患者である住民側の主体性が出しにくい問題等、それぞれに改善しないといけない課題があることを感じた。おまかせではなく納得した治療と、もとの生活にどんなふうに戻っていくのか、どんな最期を迎えたいのかがきちんと意思表示できるよう日頃から住民への啓発が大切であることを感じた。これも保健所の役割だと思う。

残念ながら個別の終末期の相談事例にはあまり出会える機会がなかったが、難病も含め在宅を希望される方に丁寧に対応していくことを、保健師として心がけたいと思う。

(担当 J)



「在宅医療推進事業を担当して」



在宅医療推進事業を担当して、2年目が終わろうとしています。

担当が決まった時は、がん（疾患）のことも分からないし、何をするのか、と不安がいっぱいでストレスに感じていました。

その不安は、事業の経過と共に少しずつ薄れていきました。

地域のネットワーク作りは、関係者へのヒアリングを通して（出かけていく前に、少しの勇気が必要でしたが皆優しく、熱心でした。）、一番不安だった相談業務については、実際に患者さんやご家族の支援を行っていく中で、解消され多くのことを学びました。

特に、相談業務は、難病患者さんからがん患者さん、乳児への在宅支援と、あっという間に広がって行き、その中で支援センター、地域が互いに成長していったように思います。（関係機関のパワーアップには驚いています！！）

医療処置も多く、重度の障害を抱えた患者さんが在宅で生活するってどういうことだろう、と不安に感じていたのは住民だけでなく、私自身もそうでした。

支援の中で、一番印象に残ったことは、病気はあっても、生活者としての患者家族であるということです。

多くのことを学ばせていただいた患者さんやご家族の声を紹介します。

「家にいれて良かった。最後まで家にいれるよね」とがん患者さん。「家で最後まで見るなんて、最初は不安だったけど、今は皆がいるから安心していきます。毎日、自分のことも出来ず、病院に通うだけで疲れ果てていたと思うと、家にいれてよかった。」亡くなった後は「家で看取ることができてよかった。緩和ケア病棟に入院させていたら、きっとずっと後悔していた。多くの方が、支援センターに相談できるようになったらいいのに」と家族。「他の子供（兄弟）と一緒に、この子も早くつれて帰って、家で育てたい」、「家に帰ってホッとしている。介護じゃなく、育児をしますと。」とNICUから退院した家族。

様々な医療処置を抱えての在宅は不安がいっぱいだと思いますが、皆さんの笑顔で思いました。「これが在宅なんだ、こんな当たり前のことが出来る地域にするための支援なんだと。」

保健監はじめ所内、外の多くの人に支えられての2年間でした。ありがとうございました。

（担当M）



「在宅医療推進事業を担当した2年間で振り返って—印象に残った相談事例—」

入院中の母親（90歳代）の相談で、息子、娘、孫の3人が窓口に来所されました。点滴や経管栄養等を行ってきましたが、余命数日と主治医に言われ、1日でも良いので自宅に連れて帰りたい、という相談でした。病院に相談したところ、急な退院は難しいとのお返事だったとのこと。ご家族の思いを十分にお聴きした上で、当センターから病院のMSWと連絡を取り合い、早速、退院調整にとりかかりました。後日、息子さんから「あれから数日後に無事に退院し、自宅で2週間程過ごし、大勢の家族に看取られながら最期を迎えることができました。家族も悔いはありません。」とのご報告を受けました。その後、病院のMSWとお会いする機会がありました。MSWは、「入院中は、いつも眉間にしわを寄せて苦しそうな表情をされていたのに、病院の玄関を出た途端、ふんわりと柔らかい表情に変わったのを見て驚いた。余命数日と言われながらも、自宅で2週間もの間穏やかに過ごすことができたことにも驚いた。在宅医療ってすごいですね。」と率直な感想を言われました。

在宅医療推進の目指す姿でもある『誰もが最期まで望む場所で療養できる地域医療体制の構築』というのは、この事例のような患者や家族の思いが、一人でも多く実現できる地域づくりなのだ、ということを実感させていただいた体験でした。また、このような体験を積み重ねることによって、死生観や医療のあり方に対する考え方など、自分自身を見つめ直す機会も与えていただいたと思っています。一つ一つの貴重な経験をさせていただいたことを、また今後の相談対応の際に活かしていきたいと思えます。

(担当 N)



「在宅医療推進事業を担当して」

平成 22 年から 5 年間、在宅医療推進事業に従事させていただきました。
今の心境としては、バンクーバーオリンピックの浅田真央選手風に言うと、「長かったけど、あっと言う間でした。」という感じです。大変なこともあって長いなぁと感じることもあれば、とても充実していてあっと言う間な気もして複雑です。

ひとついえることは、こんなに保健所以外の方達と一緒に仕事をするということが初めての経験で、それは大変でもあり、ワクワクすることでもありました。まさに多職種連携の醍醐味をしっかりと味あわせて頂きました。いろいろな方との出会いがあって、同じ方向を向いて進んでいけたことは、私にとって本当に良い財産です。

また、どんな仕事でも導いてくれるのは患者さん達でした。在宅医療の仕事はその最たるものかもしれません。いろいろなお宅に訪問して、在宅療養されている状況、患者さんやご家族の生の声を聞き、たくさんのことを教えていただきました。個別ケースをとおして壁にぶつかった時、「何とかならないかなあ」と思うことが、全ての原点になっているように感じます。「タカ目とアリ目」と言われますが、まさに個別の支援と大きく見る視点の両方をもって進めていくことの大切さ、難しさを痛感した日々でした。

いろいろな意味で成長させて頂いた 5 年間。これからも、いつか大きな目標である「誰もが望む場所で最期まで療養できる福岡県」が実現できるよう、努力していけたらと思います。

(担当 H)



福岡県地域包括ケアにおける在宅医療推進事業の進め方

－地域の協働による行政を中心とした

在宅ケアシステムのつくり方－平成 27 年 3 月

分担事業者 森松 薫

(福岡県糸島保健福祉事務所健康増進課)

〒819-1112 福岡県糸島市浦志 2 丁目 3-1

TEL 092 (322) 1439

FAX 092 (322) 9252
