

5) 訪問看護ステーションのモデル事業

24 時間訪問看護、訪問看護と介護の一体型訪問、医療型多機能の 3 つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みる。

図表Ⅲ-4 在宅医療推進事業の全体像

在宅医療推進事業費（医療指導課）

（事業全体像）

目的 ・ 24時間訪問看護ステーションの整備・拡充

・ 地域在宅医療体制の整備

事業・設置	役割・目的	事業概要
福岡県在宅医療推進会議・事務局	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療推進の司令塔 地域における在宅療養推進に関する連携の推進及び適切な在宅療養の提供促進を図るための体制整備の検討。 	<p>① 福岡県在宅医療推進会議（医療指導課）</p> <p>主な役割：「在宅医療支援センター（③）」、各事業（④⑤⑥⑦⑧）の関係機関との連絡 地域在宅医療・在宅緩和ケアの推進状況詳細情報提供</p> <p>① 福岡県在宅医療推進会議 （回数）年3回程度 （委員）13名（外部11名+保健所長） （内容）県内在宅医療ネットワーク構築の検討、在宅緩和ケア推進、進捗の評価</p> <p>⑤ 在宅医療の支援環境整備（NPO委託） NPO（委託） ・ボランティア養成講座 ・ボランティアポランティア 養成・啓蒙。 地域での活動場所の提供</p>
県 （医療指導課）	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療連携を支援し、促進する。 地域の事例検討 地域特性を生かした連携の検討 	<p>③ 北九州地域在宅医療支援センター（京薬保健福祉環境課事務局）</p> <p>④ 地域在宅医療推進会議 （回数）年3回程度開催 （委員）約12名（地域毎に設定） （内容）地域在宅医療推進体制の検討・協議 地域連携の事例検討</p> <p>相談・情報提供 訪問事例検討 相談員 （県の保健師等）</p> <p>③ 福岡地域在宅医療支援センター（京薬保健福祉環境課事務局）</p> <p>③ 筑前地域在宅医療支援センター（京薬保健福祉環境課事務局）</p> <p>③ 筑後地域在宅医療支援センター（山門保健福祉課事務局）</p>
地域在宅医療体制の整備（ネットワーク）	<ul style="list-style-type: none"> 24時間診療所や薬局（訪問薬剤師）等と連携し、地域在宅医療を進める 相互の職域での業務分担と役割分担の構築 24時間訪問看護源に取組めるステーションを育成する。 核ステーションに、相談・助言機能をもたせる 	<p>② 時間訪問看護ステーションの整備・拡充</p> <p>⑩ 24時間訪問看護推進のための支援</p> <p>⑨ 24時間訪問看護源に取組めるステーションを育成する。</p> <p>⑧ 24時間訪問看護推進</p> <p>⑦ 訪問看護ステーションへの介護福祉士配置</p> <p>⑥ 地域のステーションへの助言・相談対応</p> <p>⑤ 地域在宅医療体制の整備（ネットワーク）</p> <p>④ 24時間訪問看護推進のための病院・訪問看護ステーションの相互研修</p> <p>③ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>② 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>① 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>④ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑤ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑥ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑦ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑧ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑨ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑩ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p>
地域		<p>⑩ 24時間訪問看護推進のための支援</p> <p>⑨ 24時間訪問看護源に取組めるステーションを育成する。</p> <p>⑧ 24時間訪問看護推進</p> <p>⑦ 訪問看護ステーションへの介護福祉士配置</p> <p>⑥ 地域のステーションへの助言・相談対応</p> <p>⑤ 地域在宅医療体制の整備（ネットワーク）</p> <p>④ 24時間訪問看護推進のための病院・訪問看護ステーションの相互研修</p> <p>③ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>② 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>① 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>④ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑤ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑥ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑦ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑧ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑨ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p> <p>⑩ 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター 在宅医療支援センター</p>

3. 結果

医療指導課および4地域の保健所と訪問看護ステーションの取り組み

3.1 医療指導課の取り組み

1) 福岡県在宅医療推進協議会の設置・運営

福岡県在宅医療推進協議会を設置した。医療指導課に事務局を置き、地域在宅医療ネットワーク構築のための課題を抽出し、事業の方向性の決定を行った。

- ① 開催回数：1回（12月）
- ② 委員構成：12名（医師会・がん診療拠点病院・看護協会・在宅ホスピス医・NPO団体・訪問看護ステーション・介護支援専門員協会・薬剤師会・九州大学・県立大学・保健所長会）
- ③ 検討内容：
 - ◇ 病院とがん拠点病院や地域医療機関との十分な連携を図る必要がある。
 - ◇ 末期がん患者の実態に応じた独自の介護認定システムが必要。
 - ◇ 地域連携室やケアマネが活用できる情報を把握する必要がある。
 - ◇ 終末期医療に積極的にケアマネを活用していただきたい。また、福祉系のケアマネへの研修や医療系との連携が重要。
 - ◇ 保健所が地域でコーディネートする役割は大きく期待される。スキルアップについて連携、協力していきたい。
 - ◇ 終末期や緩和ケアをがん中心にとらえやすいが、将来的にはがんにとどまらず、小児や認知症状も含めた「在宅医療」になっていくことが目標。
 - ◇ 圏域を越えて、患者や市民の立場になって検討する必要がある。

2) 地域在宅医療支援センター（地域在宅医療推進協議会）の立ち上げ

4保健福祉環境事務所（嘉穂、京築、宗像、山門）に設置。地域特性に合わせた在宅医療支援やネットワーク構築を行うこと、緩和ケアに関する相談機能を持つことを目的とした。PRとして11月に記者発表を行った。他にも、関係機関会議で事業の説明を行った。

3) 在宅医療の支援環境の整備（NPO協働）

在宅ホスピスボランティア養成講座を各地域で開催した。

NPO協働事業として、在宅ホスピスボランティア養成講座を実施した。受講者104名であった。

4) 在宅移行促進のための病院・訪問看護ステーションの研修

互いの職場で実務研修を行うことで、互いの関わりを学び、病院から在宅へのスムーズな移行を促進し、退院時調整、地域連携の方法を学んだ。

①「地域在宅医療支援センター研修会」

開催回数：4回

対象：地域在宅医療支援センター職員

参加者：40名

②「地域在宅医療推進研修会」

開催回数：2回

対象：保健所・政令市・市町村・訪問看護ステーション職員

参加者：191名

③病院・訪問看護ステーション相互研修事業

対象：病院と訪問看護ステーション職員

参加者：12名

5) 訪問看護ステーションのモデル事業

4箇所モデル保健所の管轄内にある訪問看護ステーションをそれぞれの地域から1か所ずつ選定し、下記の3つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みた。

① 24時間訪問看護 利用者数291件（延べ件数）

② 訪問介護一体型 利用者数36名（述べ日数：329日）

③ 医療型多機能 利用者数デイホスピス7名、スーパーバイズ1名

次ページより、上記のうち、2) 地域在宅医療支援センター（保健所）モデル事業、および5) 訪問看護ステーションのモデル事業について詳細を述べる。

地域名	モデル保健所	モデル訪問看護ステーション
福岡地域	宗像保健福祉環境事務所	宗像医師会訪問看護ステーション
筑後地域	山門保健福祉環境事務所	訪問看護ステーションすいせん
筑豊地域	嘉穂保健福祉環境事務所	アップルハート飯塚訪問看護ステーション
北九州地域	京築保健福祉環境事務所	ひと息の村訪問看護ステーション

3.2 4箇所のモデル保健所の取り組み –在宅医療支援センターの取り組み–

モデル事業に取り組む4保健所の管轄地域の基本統計は図表Ⅲ-5,6の通りである。人口は、嘉穂地域が最も多く約19万人、続いて京築地域、宗像地域、山門地域である。人口密度は、宗像地域が869人/km²強と最も高かった。老年人口が最も高いのは、山門地域の25.5%であり、最も低いのは宗像地域の20.4%である。

産業構造を見ると、第1次産業割合が最も高いのは山門地域(16.2%)であり、最も低い宗像地域と比較すると約4倍である。これは有明海に面しているため、のりの養殖等の漁業が盛んであるためと考えられる。第2次産業割合が最も高いのは、自動車工場等がある京築地域(35.0%)である。第3次人口割合が最も高いのは、都市部へのアクセスがよい宗像地域(72.3%)である。

図表Ⅲ-5 モデル事業地域の基本統計

	面積(km ²)	人口密度	人口	年少人口 15歳未満	生産人口 15-64歳	老年人口 65歳以上	居宅介護支援		
							第一次産業人口	第二次産業人口	第三次産業人口
合計	653078	87635 (13.4)	413031 (63.3)	152170 (23.3)	189656 (63.2)	205 249	774 (736/38)	205 249	774 (736/38)
小計	172.36	869.25	149825	20249 (13.5)	99019 (66.1)	30512 (20.4)	3343 (5.1)	14851 (22.6)	47545 (72.3)
宗像	119.66	786.79	94148	13021 (13.8)	62833 (66.7)	18281 (19.4)	2120 (5.2)	8894 (22.0)	29367 (72.7)
福津市	52.7	1056.48	55677	7228 (13.0)	36186 (65.0)	12231 (22.0)	1223 (4.8)	5957 (23.5)	18178 (71.7)
小計	369.38	524.71	193821	24992 (12.9)	122153 (63.1)	46531 (24.0)	3206 (3.7)	24656 (28.4)	58973 (67.9)
飯塚市	214.13	622.78	133357	17335 (13.0)	85759 (64.3)	30213 (22.7)	1723 (2.9)	16267 (27.0)	42363 (70.2)
嘉穂	135.18	339.76	45929	5777 (12.6)	27177 (59.3)	12880 (28.1)	1254 (6.2)	6288 (31.3)	12559 (62.5)
桂川町	20.07	724.21	14535	1880 (12.9)	9217 (63.4)	3438 (23.7)	229 (3.6)	2101 (32.9)	4051 (63.5)
小計	182.02	647.79	117911	15665 (13.3)	72185 (61.2)	30061 (25.5)	9546 (16.2)	17621 (29.8)	31922 (54.0)
山門	76.9	969.29	74539	10320 (13.8)	46234 (62.0)	17985 (24.1)	4865 (13.3)	11127 (30.5)	20467 (56.1)
みやま市	105.12	412.59	43372	5345 (12.3)	25951 (59.8)	12076 (27.8)	4681 (20.7)	6494 (28.7)	11455 (50.6)
小計	566.3	338.19	191521	26729 (14.0)	119674 (62.5)	45066 (23.5)	6317 (7.1)	31005 (35.0)	51216 (57.8)
苅田町	46.6	737.91	34387	5005 (14.6)	22865 (66.5)	6492 (18.9)	379 (2.4)	5998 (38.6)	9165 (59.0)
行橋市	69.83	1003.43	70070	10321 (14.7)	45243 (64.6)	14505 (20.7)	1439 (4.5)	11293 (35.3)	19241 (60.2)
みやこ町	151.28	151.36	22898	2873 (12.6)	13564 (59.3)	6452 (28.2)	1185 (11.2)	3778 (35.8)	5582 (52.9)
京葉	119.34	174.6	20837	2654 (12.7)	12534 (60.2)	5642 (27.1)	1135 (11.4)	2867 (28.7)	5972 (59.9)
豊前市	111.17	252.8	28104	3686 (13.1)	16481 (58.6)	7936 (28.2)	1353 (10.2)	4424 (33.4)	7486 (56.4)
吉富町	5.68	1241.72	7053	1127 (16.0)	4237 (60.2)	1680 (23.9)	187 (5.7)	1351 (40.9)	1762 (53.4)
上毛町	62.4	130.96	8172	1063 (13.0)	4750 (58.1)	2359 (28.9)	639 (16.2)	1294 (32.8)	2008 (51.0)
福岡県全体	4,844.56	1043.23	5054000						

* 1 人口(2005)、産業別就業者数(2000)に関しては総務省統計局による「統計でみる市区町村のすがた2007」(最新)データによるhttp://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001008799&cycode:

* 2 みやま市は平成19年瀬高町山川町高田町の合併により誕生。よって、この三町の合計を記載

* 3 医療(介護・看護)サービス、医療機関についてはwam netによる

* 4 事業所・医療機関数については、WAMNETから検索(2008年6月現在)

* 5 数値の単位は、人口については「人(%)」、他事業所等に関しては「箇所」である

* 6 面積については、国土院HPhttp://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/200804/opening.htm 2008年4月の速報による

図表Ⅲ-6 モデル事業地域の在宅療養支援診療所の概況

二次医療圏	在宅療養支援診療所の数		医師数 (常勤換算)	訪問診療の対象者数		看取り数 12月	
	在宅療養 支援診療所 の数	面積あたりの 在支診数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)	対象 患者数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)	患者数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)
宗像	12	17.6	4.4	125	39.1	29	9.0
山門*	47	45.1	10.0	652	95.9	49	7.2
飯塚	7	6.1	1.5	173	36.3	21	4.4
京築	23	18.0	6.1	292	63.0	22	4.8
県内総計	654	40.0	8.6	8,452	81.8	824	8.0

*山門：現在の保健所管轄地域（柳川市・みやま市）に加え、大牟田市も含むデータ

出典：厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」
平成19年度総括研究報告書 p50（主任研究者 尾形裕也）

1) 宗像保健福祉環境事務所の取り組み

地域概要

宗像市と福津市の2市から構成され、福岡市と北九州市の近隣に位置する。交通は、JR 鹿児島本線、国道3号線が確保され、大島、地島両島へは渡船が就航している。病院は、蜂須賀病院、宗像医師会病院、宗像水行会総合病院、宗像地区急患センターの4か所である。

(1) 事業が必要とされている背景（地域の現状と課題）

- ・ 管内が2市の保健所であり、全体が把握しやすい規模の地区である。
- ・ 在宅医療に積極的な開業医や訪問看護ステーションがあり、どの訪問看護ステーションもターミナルの看取り経験がある。
- ・ 在宅療養支援診療所を標榜していなくても、元かかりつけ医であれば、往診・訪問診療に応じてくれる場合がある。
- ・ 地理的に管内の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションが偏りなく配置されているが、実際にターミナル患者をみてくれる在宅医は限られている。
- ・ それぞれの機関（訪問看護ステーション、ケアマネジャー等）で定期的に会議が開催され、情報交換、意見集約が可能である。
- ・ ボランティア活動が活発な土地柄であり、住民の助け合いの意識は高いと考えられる。
- ・ 住民から「在宅に帰りたいがどこに相談していいかわからない」と訪問看護ステーションや医師へ飛び込み相談があり、相談窓口が明確でない。
- ・ 管内にホスピス病棟、緩和ケア病棟、がん拠点病院、神経内科専門病院等がなく、緩和ケアに関する情報、技術、サービスが不足している。
- ・ 関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション等）が地域での活動に積極的であり、どの機関も連携の必要性を感じているが十分ではない。

(2) 事業の目的と特色

自分の望む場所で満足できる治療やケアを受けることができるよう、住民に対して在宅医療に関する情報提供を行うと同時に在宅医療（緩和ケア等）に従事する関係職員の知識・技術の向上をはかり、在宅医療（緩和ケア等）に関する問題や課題を解決する。

(3) 目標と評価指標

〈目標〉

住民：自分の望む場所で、満足できる治療やケアを受け、穏やかな死を迎えることができる

地域：在宅医療に関するネットワークが構築できている

保健所：在宅医療に関するネットワークの構築を支援し、調整機能を果たすことができる

(4) 事業のコンセプト

緩和ケアに関する関係者間ネットワークが構築され、質の高いサービスが提供できる。

自分の望む場所で満足できる治療やケアを受け穏やかな死を迎えることができる。

宗像地域在宅医療支援センター	
地域の関係者や住民へのアプローチ	保健所内の体制整備
<ul style="list-style-type: none">・住民に対して緩和ケアに関する知識の普及啓発を行う。・在宅看取り、緩和ケア等熱心に取り組んでいる関係機関の技術・ノウハウを広める。・地域で不足しているハード・ソフト面を分析し、補えるような研修や会議等（例えば緩和ケア技術等）で地域でのボトムアップを図る。・事例検討会や研修会等関係機関が顔をあわせる機会をつくり、情報交換、問題解決の場をつくる。	<ul style="list-style-type: none">・相談マニュアルや事例集、相談記録をまとめておき応用できるようにする。・関係機関等が主体性をもって参加し、意見が反映できるような会議、研修体制を整えるようコーディネート力をつける。

「宗像地域在宅医療支援センターの取り組みの実際」

宗像保健福祉環境事務所 服部 康子

1. 事業を始めるに当たって感じたこと、準備したこと

大きな不安・戸惑い

- ・ がん末期って？ターミナルって？
- ・ 看取りって？在宅で患者さんを看取れるの？入院がいいんじゃないの？
- ・ ターミナルってどんな人？相談がきても相談にのる自信がない！
- ・ 保健所に何ができるの？ などなど

◆ 戸惑いを抱えながら・・・

1) 訪問看護ステーションへのヒアリング

- ・ 地域にいる患者さんや在宅医療の現状を知る。
- ・ ターミナル（がん末期）の患者家族の状況・実態を教えてもらう（事例）
- ・ 訪問看護をとおして地域の患者を支える上で困っていることを教えてもらう



この地域でも患者さんたちが在宅療養をしている
看取りをしている 予想以上に頑張っているが・・・
他の関係機関との調整にジレンマを感じている
医療、介護等の連携が不足

2) 訪問看護ステーションにおける終末期患者の実態把握（調査）

客観的に患者の流れ（どこから紹介されて、どういう転帰をたどっているかなど）を把握

3) 所内での勉強会

相談があったときに担当者以外でも対応できるように！
情報共有・情報交換、在宅療養への知識・スキルアップ

4) 各所属団体代表へヒアリング

医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネージャーの団体、地域包括支援センター、がん診療連携拠点病院など



個々はがんばっているが、横の連携が不足している
顔の見える関係づくりが必要

とにかく足を運んで、
まず保健所が顔の見える関係に！

2. 事業内容

1) 啓発方法

新聞報道のみ。ケアマネ研修会、地域連携会議でセンター事業について説明。
一般市民への広報は次年度への課題。

2) 相談事業

センター設置後の相談 1件（延べ4件）

それ以前の保健所へのターミナル相談件数 実4件

地域内での医療完結が少ない現状。次年度は社会資源の整理、相談体制の整備を行い、がん診療連携拠点病院を中心にセンター事業、相談窓口について説明にまわる予定。

3) 地域在宅医療推進協議会

12月に設置。

委員構成：在宅医、歯科医、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、市地域包括支援センター、がん診療連携拠点病院、保健所
計12名

（第1回）平成20年12月15日（月）

内容：各機関における緩和ケアに関する取り組みの現状と問題点等についてあげ、意見交換

（第2回）平成21年3月16日（月）

内容：問題点、課題を整理して次年度に向けての取り組み、目標設定

24時間訪問看護推進支援モデル事業報告、長崎 Dr. ネット合同
視察研修報告

4) 研修会

① 長崎 Dr. ネット合同視察研修

目的：在宅医のネットワーク構築を図るため、先進的に活動している長崎 Dr. ネットの取り組みを学び、意見交換を行う。協議会委員を中心に、医師会、訪問看護ステーション、行政等とで合同で研修を行うことで、情報を共有し今後の在宅医ネットワーク構築に活かす。

日時：平成 21 年 2 月 28 日（土）

② 在宅医療支援者研修会

目的：病院から患者・家族が安心して在宅療養に移行することができるよう、病院や在宅医療に関係する従事者が退院支援、地域連携のしかたについて学ぶ。

対象：病院及び診療所の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の職員、訪問看護ステーション職員、介護支援専門員、市職員、歯科医師、薬剤師など

日時：平成 21 年 3 月 22 日（日）

内容：講演「病棟から始める退院支援～地域のスタッフとともに～」

講師 京都大学医学部附属病院 地域ネットワーク部
退院調整看護師 宇都宮 宏子氏

5) 社会資源資料

今年度は医療情報ネットを活用しているが、実際につかえる情報を把握するために在宅医等社会資源に関する情報収集については、次年度改めて関係機関の協力を得て実施、整理予定。

3. 事業計画の一年目の目標達成について（評価指標）

協議会をたちあげ、各委員からの意見をだしてもらうことで、地域の問題点、課題はある程度みえてきたように思う。協議会后、各所属ごとでもターミナルや自分たちで何ができるかを検討するなどの動きもでている。

地域の問題点や課題を共有した上で行った第2回目の協議会で「顔の見える連携づくりが大切」「他職種間を交えての事例検討会を開催しよう」と各所属（委員）から声上がり、次年度の目標や具体策が決まった。

「地域の問題点や課題を把握する」こと、「顔のみえる連携づくり」は始まったばかりではあるが、すべりだしとしてはよいスタートがきれたと思われる。

相談窓口のPR、社会資源情報の整理については次年度実施していく予定。

4. 取り組んでみて感じた支援センターの役割と実施にあたっての課題・地域の課題 《支援センターの役割》

- ・ 行政として中立的に地域全体をみる役割
- ・ 関係機関へアプローチ、調整する役割
- ・ 情報収集・課題を整理し、提案し、企画する役割
- ・ どこにもつながっていない患者家族の相談窓口・支援

《実施にあたっての課題・地域の課題》

当地域はがん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟、神経内科専門病院等の病院がなく、強いリーダーシップを発揮する医師や団体がある地域でもない。逆にそれを利点として各所属の協力を得ながら連携を強め、参加型のネットワークができるのではないかと考える。

また、がん患者の受療先が管内（約4割）だけでなく、粕屋・福岡医療圏へ受診していることから管内の医療機関だけでなく、管外のがん拠点病院などにも宗像地域の取り組み、受け皿について情報提供、情報交換し働きかけていく必要がある。

<第1回地域在宅医療推進協議会でされた問題点・課題>

具体例

①在宅医に関すること

- ・ 在宅診療をおこなう医師不足
- ・ どこに在宅診療をしてくれる医師がいるかわからない
- ・ 新規のかかりつけ医をもたない患者の在宅医をどうつけるか
- ・ 医師間のネットワーク、不在時対応
- ・ 一人の医師が担当できる患者数の限界、ひとりですべて受け持つ不安・負担

②病院との連携

- ・ 在宅から入院を希望してもすぐ入院できない(後方支援病院の確保)
- ・ 退院前カンファレンスをおこなわないまま帰るケース
- ・ 患者の顔もみないまま往診を頼まれるケース
- ・ 在宅サービス導入しないまま帰るケース
- ・ 「帰せる時に」とバタバタと退院の運びとなり、もう少し早期介入していたらと思われるケース
- ・ 突然退院が決まり、本人や家族の見捨てられ感をもったまま在宅療養が始まるケース(主治医の説明不足)
- ・ 在宅へ移行するタイミングの遅れ
- ・ 外来通院のみで在宅療養のサービス・資源を知らないままのケース

③関係機関・隣理との連携・情報共有のあり方

- ・ 医療系サービスとケアマネジャーの連携体制
- ・ 関係者で情報が共有できなくて後手後手になってしまいうケース
- ・ 医師連絡の方法
- ・ 在宅連携バスの利用

④社会資源情報の集約・共有

- ・ どこに在宅診療をおこなってくれる医師がいるかわからない
- ・ 受け皿(在宅サービス)があることが病院関係者へ知られていない、選択肢のひとつとなっていない
- ・ リアルタイムでの情報集約

⑤従事者のスキルの問題

- ・ 医療系サービスの認識不足
- ・ 患者家族への告知、説明のしかた
- ・ ターミナルを担当すると躊躇する
- ・ 医療への知識不足
- ・ 事例を経験する機会が少ない。自信がない。ターミナルにどうアプローチしてよいか、支援してよいかかわからない
- ・ 疼痛コントロール、呼吸器への維持ケア
- ・ 病院従事者が在宅療養、サービスへの理解がない、知らない

目 標

- 1 ネットワーク構築の基盤づくり(顔の見えない連携づくり)
- 2 在宅緩和ケア(ターミナルケア)についての知識と情報を深める
- 3 社会資源情報の集約・整理をおこなう
- 4 相談窓口の確保
- 5 病院との連携促進

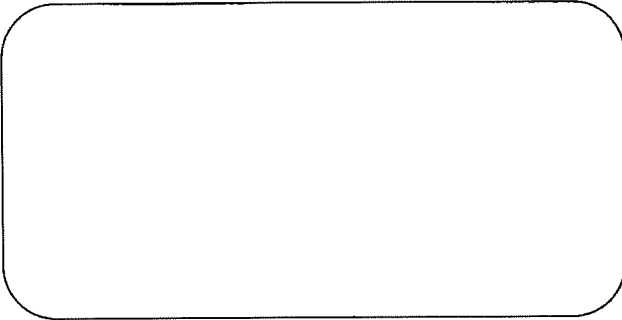
具 体 策

- 1 ネットワーク構築の基盤づくり(顔の見えない連携づくり)
 - ① 地域での事例検討会の開催(2にも関連)
 - ② 先進地の事例を学び、宗像地域版に改良
 - ③ 在宅医のネットワークの土台づくり
- 2 在宅緩和ケア(ターミナルケア)についての知識と情報を深める
 - ① 地域での事例検討会の開催(1にも関連)
 - ② 研修や勉強会の機会があれば情報提供、情報交換
 - ③ 研修会の開催
- 3 社会資源情報の集約・整理をおこなう
 - ① 病院情報の整理(5にも関連)
 - ② 在宅医などの実態把握(往診できるできない、ターミナルをうけられるうけられないなど実際につかえる情報収集)(1にも関連)
- 4 相談窓口の確保
 - ① 一般住民の相談支援
 - ② 在宅医、訪問看護ステーション等在宅医療サービス資源に関する情報提供
 - ③ がん拠点病院を中心に医療機関等へ要請、相談窓口PR
 - ④ 入院患者へは病院で相談対応できるように体制に(5にも関連)

具 体 策

目 標

5 病院との連携促進
 ① 病院情報の把握及び提供(3にも関連)
 ② 退院調整、退院支援の研修の機会(2にも関連)
 ③ がん拠点病院等患者治療をおこなっている病院へ在宅療養についてのPR(在宅へ帰った患者の状況・状態を連絡票や写真などを用いフイードバック)
 ※下線部分については宗像地域在宅医療支援センターを中心に実施。



⑥患者家族の不安

- ・ 時期によって気持ちが変わっていく、気持ちの確認
- ・ 病状(余命)に対する主治医説明後の認識のズレ
- ・ 急変時への不安
- ・ 家族に迷惑をかけたくない気持ち

⑦薬剤(麻薬)管理

- ・ 患者、家族の麻薬への説明、不安
- ・ 麻薬を在宅患者まで届け、十分な説明をし、管理する
- ・ 麻薬を診療所にもっていない場合

⑧介護保険に関すること

- ・ 「残された時間を家族と共に」と退院し、介護保険認定までが間に合わないケース
- ・ がん末期など進行の早いケースは認定までの短縮をはやくしてほしい
- ・ がん末期などは急激に進行し、介護度が急激にかわっていくスピードに対応した対応
- ・ がん等ターミナルへの知識不足

⑨相談窓口の確保・充実

- ・ 在宅療養について相談できる場所がわからない。
- ・ 在宅療養が治療の選択肢のひとつとなっていない、知らない、知らない。
- ・ 一般住民が相談できる窓口の確保
- ・ 患者家族をサードパーティへ紹介していくときのつなぎかた

<宗像資料資料 2>

訪問看護ステーションにおける終末期患者の実態について

宗像保健福祉環境事務所

1 調査対象

管内4訪問看護ステーションが訪問した事例のうち、末期がん・神経難病等終末期の患者

2 調査対象期間

平成18年4月～20年3月 計 2年間

3 調査実施時期

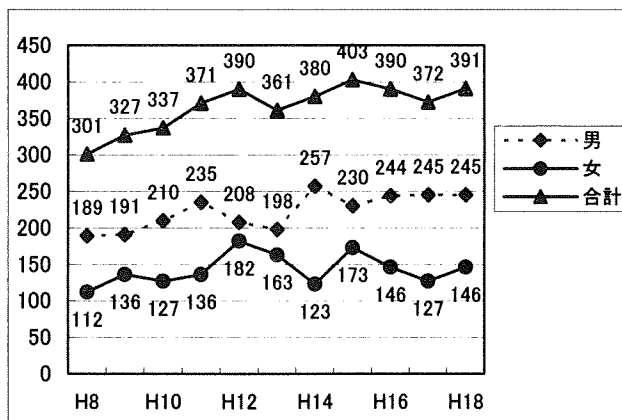
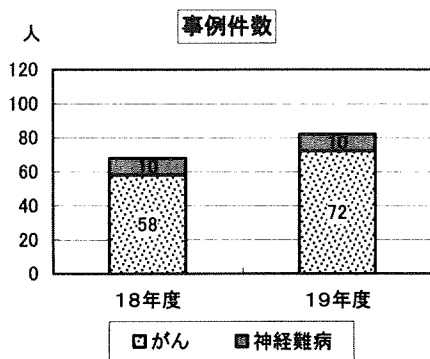
平成20年9月

4 調査結果について

1) 事例件数

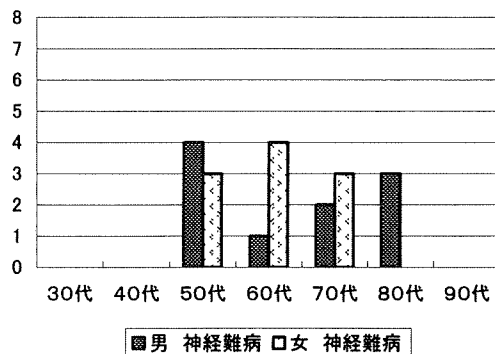
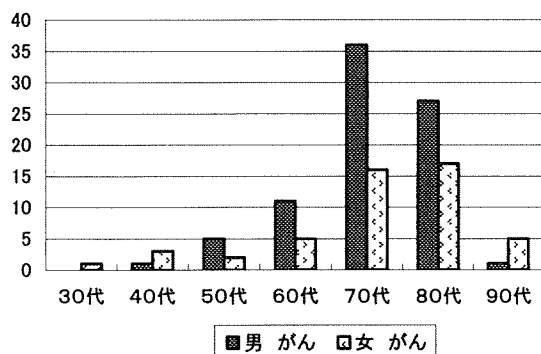
	がん	神経難病	計
18年度	58	10	68
19年度	72	10	82
計	130	20	150

(参考)宗像管内のがん死亡数



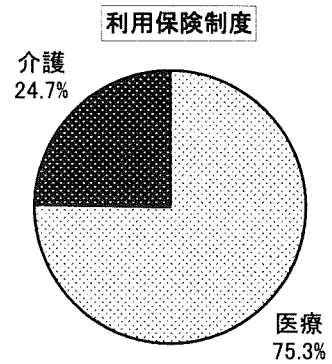
2) 年齢区分と性別・病名について

	男性	(内訳)		女性	(内訳)		総計
		がん	神経難病		がん	神経難病	
30代	0	0	0	1	1	0	1
40代	1	1	0	3	3	0	4
50代	9	5	4	5	2	3	14
60代	12	11	1	9	5	4	21
70代	38	36	2	19	16	3	57
80代	30	27	3	17	17	0	47
90代～	1	1	0	5	5	0	6
計	91	81	10	59	49	10	150



3) 訪問看護の利用保険

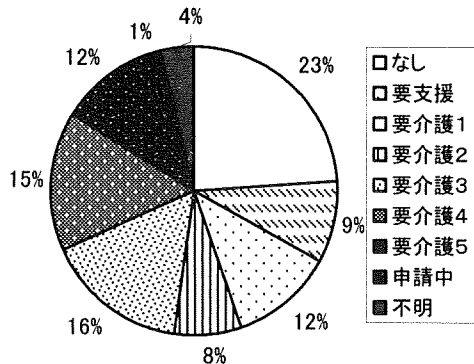
	がん	神経難病	計
医療	94	19	113
介護	36	1	37
計	130	20	150



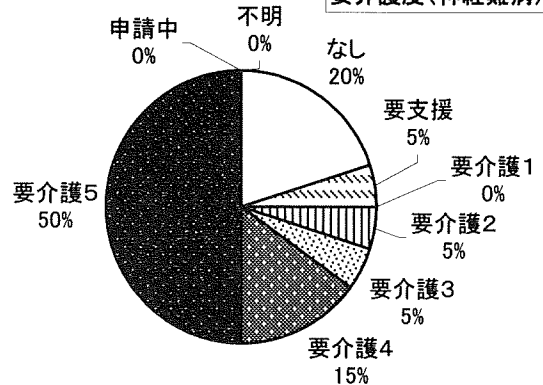
4) 要介護度

	がん	神経難病	計
なし	31	4	35
要支援	12	1	13
要介護1	15	0	15
要介護2	10	1	11
要介護3	21	1	22
要介護4	20	3	23
要介護5	15	10	25
申請中	1	0	1
不明	5	0	5
計	130	20	150

要介護度(がん)

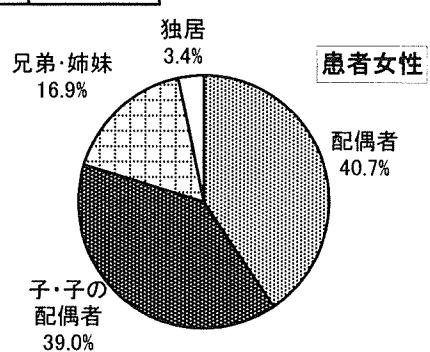
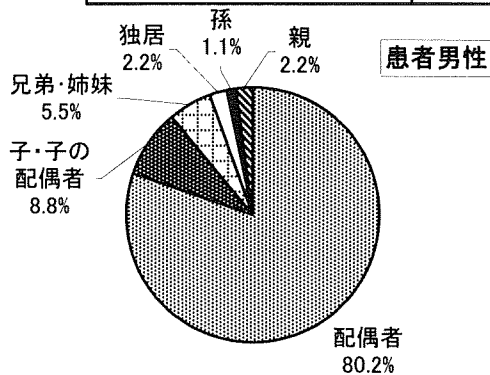


要介護度(神経難病)



5) 主な介護者

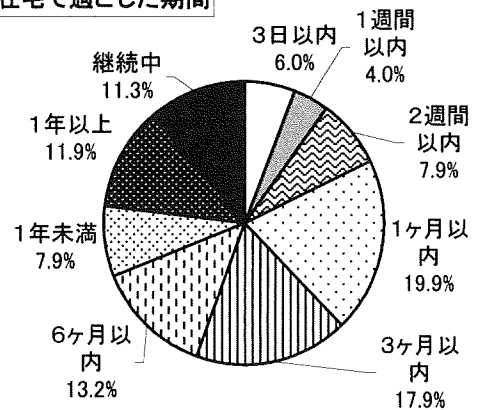
	患者男性	患者女性	計
配偶者	73	24	97
子・子の配偶者	8	23	31
兄弟・姉妹	5	10	15
独居	2	2	4
孫	1	0	1
親	2	0	2
計	91	59	150



6) 在宅で過ごした期間

	がん	神経難病	計
3日以内	9	0	9
1週間以内	6	0	6
2週間以内	12	0	12
1ヶ月以内	27	3	30
3ヶ月以内	27	0	27
6ヶ月以内	19	1	20
1年未満	10	2	12
1年以上	14	3	17
継続中	6	11	17
計	130	20	150

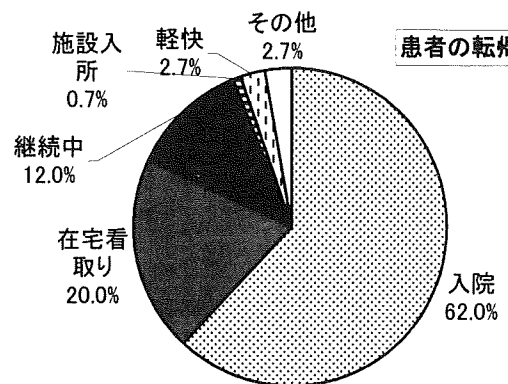
在宅で過ごした期間



7) 患者の転帰

	18年度	19年度	計
入院	43	50	93
在宅看取り	14	16	30
継続中	7	11	18
施設入所	1	0	1
軽快	1	3	4
その他	2	2	4
計	68	82	150

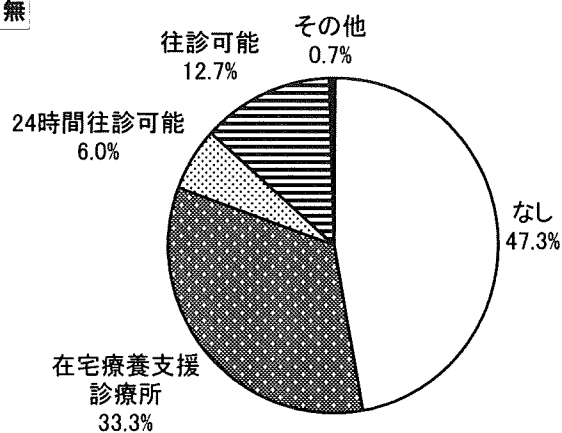
患者の転帰



8) 在宅医の有無

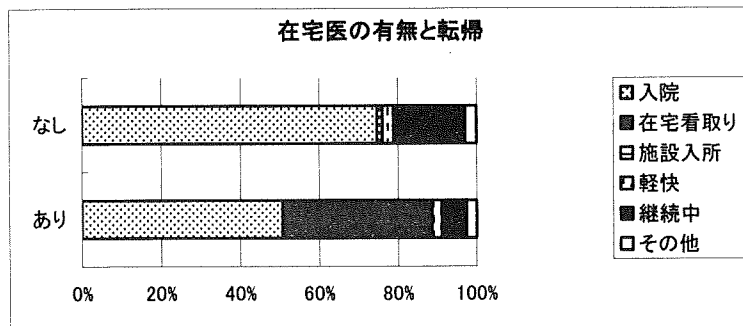
	宗像市	福津市	管外	計
なし	47	22	2	71
在宅療養支援診療所	36	13	1	50
24時間往診可能	8	0	1	9
往診可能	8	10	1	19
その他	0	1	0	1
計	99	46	5	150

在宅医の有無



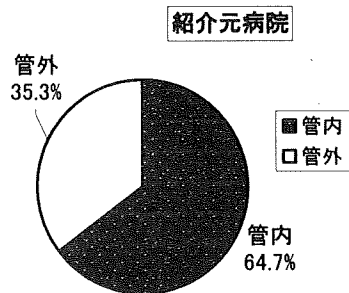
9) 在宅医の有無と転帰

	あり	なし	計
入院	40	53	93
在宅看取り	30	0	30
継続中	5	13	18
施設入所	0	1	1
軽快	2	2	4
その他	2	2	4
計	79	71	150



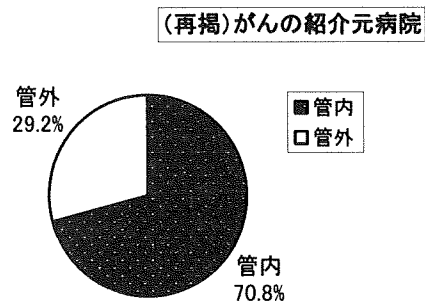
10) 紹介元病院

	件数
管内	97
管外	53
計	150



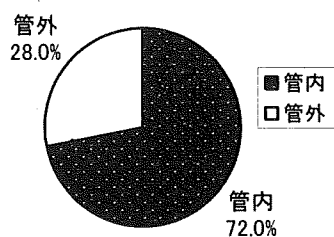
(再掲)がんの紹介元病院

	件数
管内	92
管外	38
計	130



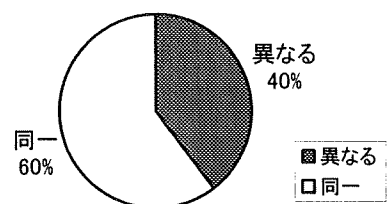
11) 転帰・入院した93人の入院先

	件数
管内	67
管外	26
計	93



12) 紹介元病院と入院先病院

	件数
異なる	37
同一	56
計	93

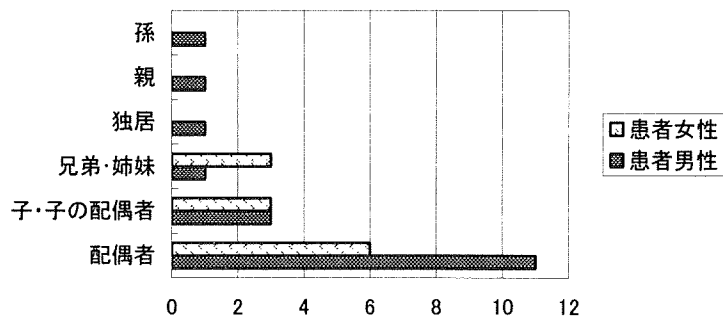


<在宅看取りをした30例について>

1) 主な介護者・性別

	患者男性	患者女性	計
配偶者	11	6	17
子・子の配偶者	3	3	6
兄弟・姉妹	1	3	4
独居	1	0	1
親	1	0	1
孫	1	0	1
計	18	12	30

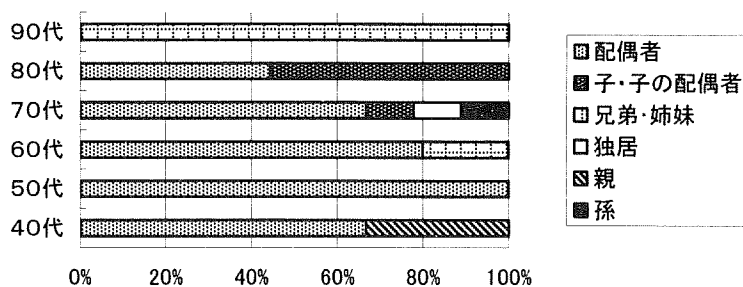
主な介護者・患者性別



2) 患者の年齢と介護者

	配偶者	子・子の配偶者	兄弟・姉妹	独居	親	孫	計
40代	2	0			1		3
50代	1	0					1
60代	4	0	1				5
70代	6	1		1		1	9
80代	4	5					9
90代	0	0	3				3
計	17	6	4	1	1	1	30

患者年齢と介護者



3) 在宅期間・患者性別

	患者男性	患者女性	計
3日以内	2	1	3
1週間以内	1	1	2
2週間以内	2	2	4
1ヶ月以内	5	2	7
3ヶ月以内	7	2	9
6ヶ月以内	0	3	3
1年未満	0	0	0
1年以上	1	1	2
計	18	12	30

在宅看取りの在宅期間

