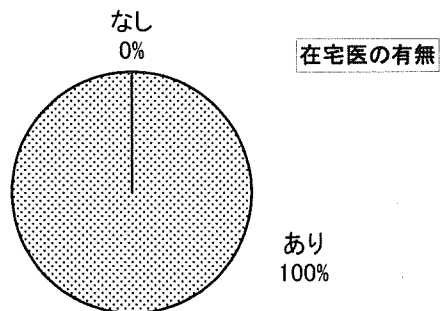


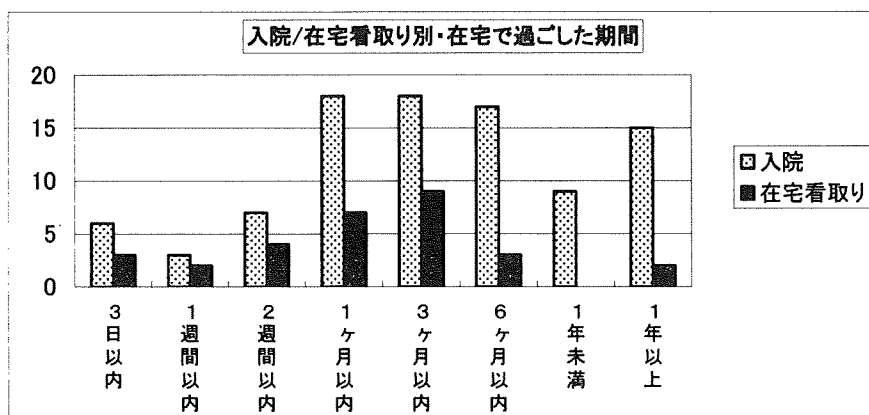
4) 在宅医の有無

	あり	なし
在宅医	30	0



5) 入院と在宅看取り別・在宅で過ごした期間

	入院	在宅看取り
3日以内	6	3
1週間以内	3	2
2週間以内	7	4
1ヶ月以内	18	7
3ヶ月以内	18	9
6ヶ月以内	17	3
1年未満	9	0
1年以上	15	2
計	93	30



2) 山門保健福祉環境事務所の取り組み

地域概要

柳川市及びみやま市の2市から構成され、県内の穀倉地帯である筑後平野を有する。西域は有明海に面し、のりの養殖などの漁業も盛んである。

(1) 事業が必要とされている背景（地域の現状と課題）

- ・ 6つの病院がある。6つの訪問看護ステーションがあり、2ヶ月に一度連絡会も開催されている。モデル訪問看護ステーションも協力的。
- ・ 高齢者が多く、（高齢化率25.6% H18）地域としても、有明海での漁業（海苔）や農業（野菜）観光産業での生計者が多い。「どうもなければ病院に行かない」という考えもあり、悪くなってから病院を利用する風土がある。
- ・ 管内が2医師会にまたがっており、みやま市の内1つの町が、大牟田医師会に入っている。
訪問看護に費用を出すのに抵抗がある住民も多い。在宅医療に熱心な医師の情報が少ない。

(2) 事業の目的と特色

地域住民や訪問看護ステーション、医療連携室、医師会、薬剤師会、包括支援センター、ケアマネジャー、地域住民在宅療養に向けたサポートを提供できるように在宅医療推進会議や実務者会議、事例検討会を開催して、地域のシステムづくりを構築し、課題解決を行っていく。

(3) 目標と評価指標

〈目標〉

住民：誰もが、望むところで終末を迎えることができる。

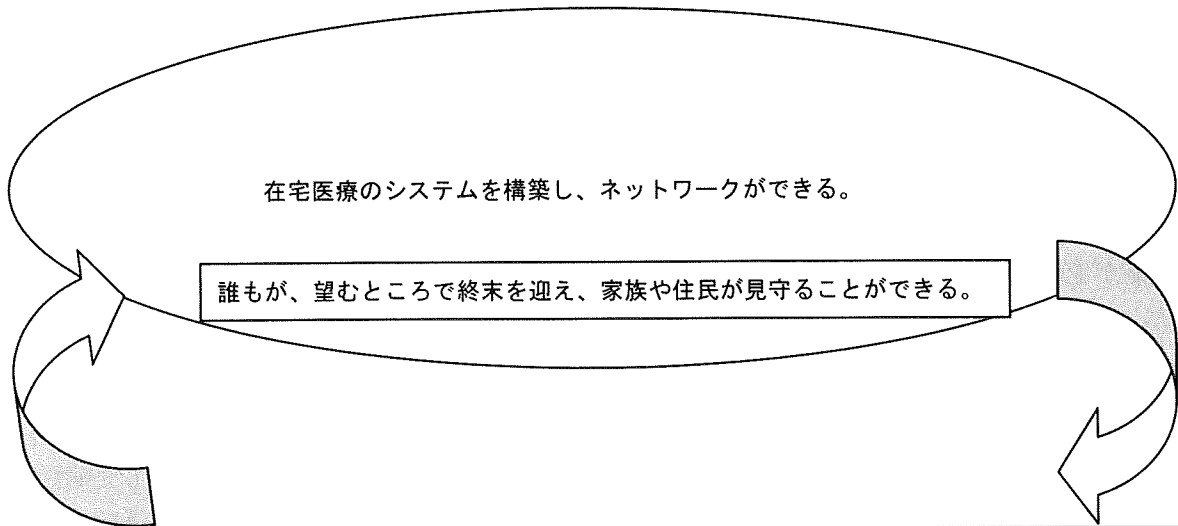
地域：終末を迎えるにあたり、家族、周囲の住民がいつもと同じように本人と接することができる。

保健所：住民が望む姿での終末ケアを支援することができる。

【評価指標】

- ・ 在宅での看取り数の増加
- ・ 地域住民の終末ケアの意識や技術の向上度

(4)事業のコンセプト



山門地域在宅医療支援センター	
地域の関係者へのアプローチ	保健所内の体制整備
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関の在宅医療の取り組みに関する情報を把握し、関係機関と情報共有する。 ・ 訪問看護ステーションの連絡会議の中で情報収集をおこない、ネットワーク構築について連携をはかる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修会により医師等の医療関係者の在宅医療への意欲を喚起する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアル化、様式化により課内での情報共有、事業の継続性を確保する。

(5)事業の具体的内容

- ① 在宅医療に関する地域の課題把握
- ② 在宅医療のネットワーク作り
 - ・ 地域在宅医療推進協議会
 - ・ 訪問看護ステーション連携会議との連携
- ③ 在宅医療に関する保健所や関係機関の知識、技術の向上
 - ・ 事例検討会
 - ・ 研修会
- ④ 住民の知識・技術の向上、緩和ケアの提供
 - ・ 研修会
 - ・ ホームページの作成
 - ・ リーフレットの作成
- ⑤ 訪問看護ステーションの24時間体制の構築

(6)平成 20 年度の実施内容

図表「平成 20 年度 地域在宅医療支援センターモデル事業実施報告書」参照

(7)平成 20 年度の評価

① 在宅医療に関する地域の課題の把握

i. 管内の社会資源の把握・整理：

- ・ 医療情報ネット、介護情報公開システムより、管内分をファイル化した。
- ・ 訪問看護ステーション（全数）、医療連携室（全数）、診療所（2カ所）のヒアリング、看取り数が最も多い病院の看護部長に面接による聞き取りを実施。

ii. 協議会や事例検討会における地域課題の把握：

- ・ ヒアリングで在宅療養、看取りの現状の把握を行った。
- ・ 課題として挙げられた事
 - 管外に大きな病院があることもあり、該当事例があまりあがってこない。
 - 管外に大きな病院があり、管内に資源が少ないこともあり、入院患者は管内に帰ってこられない可能性もある。

② 在宅医療のネットワークづくり

i. 協議会のメンバー決定：○

- ・ 3 師会（医師・歯科医師・薬剤師）、24 時間型訪問看護ステーション、医療連携室、市ヘルス担当課長、包括介護支援センターのメンバーで構成。

ii. 協議会における地域の課題の共有：○

- ・ 各機関とも、在宅療養の相談はあまりないが、事例があれば協力するとの意見あり。

iii. 協議会における地域に応じた対策の明確化：

- ・ 管外の拠点病院から、管内の診療所へ紹介するための名簿の作成、設置、ネットワークのモニタリングが行えるか。

iv. 協議会における地域に応じた対策の遂行：

- ・ 今年度は ST、連携室間の顔の見える関係の構築、ニーズ把握を行った。
- ・ 来年度は、医師会も含めた名簿の作成、事例を挙げ、事例を共有して方向の明確化を図りたい。

v. ネットワークを利用した利用者対応実績の増加：無

vi. ネットワークを利用した利用者の満足度の向上：無

③ 在宅医療に関わる医療機関等の知識・技術の向上

- i. 相談支援知識の習得：
 - ・ 長崎 Dr.ネットの視察を実施。
 - ii. 相談支援スキルの習得：△
 - iii. 相談支援件数の増加：
 - iv. 相談支援に対する利用者の満足度の向上：
- ④ 住民の知識・技術の向上、緩和ケアの提供：
- i. リーフレットの作成・配布：未
 - ・ 在宅への意向が少ないため啓発・ステーションの広報を行う必要がある。
 - ・ 自病院内での治療の完結という意識が根底にあるようだ。
 - ・ 行政からの意見として、体制が整ってから、広報を行ったほうが良いのではないか。
 - ii. ボランティアの育成：未
 - iii. 住民への普及・啓発のための講演会等の実施：未
 - iv. 地域在宅医療支援センターの周知度の向上：未
 - v. ボランティアの人数の増加：未
 - vi. 緩和ケアに関する知識の向上：未
 - vii. 在宅死を望む人の増加：不明
 - viii. 在宅死の増加：不明
- ⑤ 訪問看護ステーションの 24 時間体制の構築
- i. 管内の訪問看護ステーション体制の把握：
 - ・ 突発的な夜間の要望には対応しているが、夜間訪問をプランに入れることは通常されていない様子。
 - ・ 複数のステーションがかかわる事例はある。
 - ii. 24 時間ケア体制に向けての普及・啓発：未
 - iii. 24 時間ケア体制の訪問看護ステーションの増加：不明
 - iv. 訪問看護利用者のうち在宅看取り件数の増加：不明

(8)平成 21 年度の課題および方向性

- ① 今年度は、医療従事者の連携について体制作りを行った。訪問看護と医療連携室については連携を推進できたが、診療所との連携は課題である。薬剤師の訪問や歯科医師の食べることへの支援（嚥下）は地域において支援の素地はありそうな感触を得た。
- ② 地域在宅医療を推進するには事例検討が重要であることを再認識した。事例の掘り起こしについては課題である。

図表Ⅲ-7 平成20年度 地域在宅医療支援センターモデル事業実施報告書

事業内容
<p>(地域における目標)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療推進について管内状況を把握し地域在宅医療支援センターの役割を確認する。 ・関係機関に在宅医療支援センターについて周知し協力体制を構築する。
○地域在宅医療推進協議会
<p>(委員構成) 14人</p> <p>医師会2ヶ所、歯科医師会、薬剤師会 訪問看護ステーション3ヶ所、地域医療連携室3ヶ所 地域包括支援センター、市担当課、市担当課兼地域包括支援センター</p> <p>(開催回数) 1回</p>
○事例検討会・研修会
<p>(開催回数) 3回</p> <p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①在宅難病患者事例検討会 ②研修会(一般住民) ③研修会(専門職) <p>(対象)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①サービス提供者(在宅医・看護師、訪問看護ステーション3箇所看護師、ヘルパー、福祉用具レンタル会社、呼吸療法用機器レンタル会社) ②女性倶楽部理事 ③訪問看護ステーション管理者、病院医療連携室担当者
○資料作成
<p>(内容)</p> <p>なし</p> <p>(対象)</p> <p>(作成部数)</p>

3) 嘉穂保健福祉環境事務所の取り組み

地域概要

飯塚市、嘉麻市、嘉穂郡桂川町の2市1町から構成され、国道200号線および201号線が交差している等の交通網により、福岡・北九州両都市圏への近接性を有する地勢を活かし、大学の人材及び知的資産を活用した情報関連企業の集積を促進するとともに、ITを活用した地域既存産業の活性化や地域のイメージアップが図られている。

(1) 地域の現状と課題

がん等の患者が在宅で医療を受けるには、病院、地域の診療所、訪問看護ステーション、介護保険や福祉等の関係機関の連携が重要である。しかし、現状ではこれらの連携に不十分な面もみられ、また、その実態も十分には把握できていない。

がん等の悪性新生物に罹患して入院する場合、飯塚医療圏の住民の82%は飯塚医療圏の医療機関を受診しており、受療行動は同一医療圏でほぼ完結していると推測される。(平成18年5月分国民健康保険の受療動向調査)

そのため、飯塚医療圏内における関係機関の連携を推進・構築し、これらの社会資源を整備していくことが地域の課題と考える。

(2) 事業の目的と特色

主にごがん等の緩和ケアを必要とする患者・家族に対する地域在宅医療体制を推進する。

(3) 目標と評価指標

① 目標

- i. ごがん等の患者・家族が在宅医療に必要な情報を得られる。
- ii. ごがん等の在宅医療の関係機関・職員が情報を共有でき、連携体制が整う。

② 評価指標

- i. 在宅医療を担う社会資源やその情報が整備される。
- ii. 在宅連携システムが構築できる。

(4) 平成20年度実施内容

① 情報収集・提供

i. 関係機関へのヒアリング(その1):

在宅医療は保健所業務に含まれておらず、管内の情報が不足しているだけでなく、基本的な知識も不足している状況であった。そのため、関係法規

や統計情報の把握、関係機関へのヒアリングを通じた地域の現状・課題の把握から取り組んだ。

その結果、在宅医療に取り組んでいる医療機関等の情報把握が出来にくいこと、在宅医療に熱心な医療機関等は存在しているが、在宅へ移行する際の連携・調整が不十分な面もあることがわかった。

また、これまで管内の訪問看護ステーション協議会はなかったが、関係者からの希望も多く聞かれたため、医師会とも協力し訪問看護ステーション協議会設立への後押しを行った。

実施時期：平成20年5月～7月

対象機関：飯塚医師会、飯塚薬剤師会、飯塚病院地域医療連携室（がん診療地域連携拠点病院）、訪問看護ステーション（12箇所）、地域包括支援センター（3市町）、ケアマネジャー連絡協議会（3市町）、管内診療所

ii. 関係機関へのヒアリング（その2）：

在宅移行の際の連携・調整を検討する上で、病院が患者を地域の診療所へと繋ぐ退院調整の現状と病院・診療所としての課題等を把握するために、病院の入退院調整担当部署（主に医療ソーシャルワーカー）、在宅医療に取り組んでいると思われる診療所へのヒアリングを行った。

その結果、管内のがん患者の大まかな動きと、在宅医療に関する課題について情報を収集できた。

実施時期：平成21年1月～2月

対象機関：病院（17箇所／22箇所中）、診療所（6箇所）

② 患者・家族向け総合相談（電話相談を含む）

i. 相談件数（平成21年11月3日～平成21年3月31現在）：1件

ii. 相談内容と支援の概要：在宅療養中の患者の家族へ医療機能情報について情報提供。

③ 医療従事者向け相談

管内の訪問看護ステーションから有機的な連携の希望が多く聞かれたため、連絡協議会の設立を支援した。

④ 事例検討会・研修会の開催

i. 事例検討会：第2回協議会にて、事例からみえる課題等を共有した。

ii. 研修会：（1）からみえた課題を元に、研修会を行った。

嘉飯地域在宅医研修会

日時 平成 20 年 12 月 12 日（金） 18：30～20：00

場所 飯塚医師会館

内容 講義「在宅緩和ケアと地域連携」及び意見交換

講師 聖路加看護大学

看護実践開発研究センター長・教授 山田雅子氏

参加 54 名（医療機関 20、訪問看護 St 14、地域包括 4、ケアマネ 7、
薬剤師会 1、県医療指導課・保健福祉環境事務所 8）

⑤ 嘉飯地域在宅医療推進協議会

i. 協議会委員：地域の状況をふまえ、計 10 名の委員を委嘱した。

医師会理事（1）、薬剤師会理事（1）、がん診療連携拠点病院（1）、
診療所（1）、訪問看護ステーション、地域包括支援センター（1）、
ケアマネジャー連絡協議会（1）、学識経験者（1）、保健所長（1）

ii. 協議内容：

	第 1 回	第 2 回
日 時	平成 20 年 10 月 22 日（水） 14:00～15:00	平成 21 年 3 月 4 日（水） 14:00～16:00
協 議 内 容	○報告 管内の現状 在宅医療の現場から ○議事 福岡県在宅医療推進事業について 地域在宅医療支援センターについて 訪問看護 ST.モデル事業について 在宅ホスピスボランティア養成講座について 意見交換	○報告 H20 年度事業内容 訪問看護 ST.モデル事業報告 その他 ○議事 事例提供 地域の在宅医療の課題について 今後の方向性について その他

⑥ 先進地視察研修

i. NPO 法人長崎在宅 Dr ネット：

実際に患者を受け入れる医師の考え、行政と医療側との考え方の違い。
（行政は「在宅医療」＝「往診」「在宅看取り」と考えがちだが、医療側
には負担も戸惑いも大きい考え方である。「転院を繰り返す患者や長期入
院患者が一日でも在宅で過ごせること」等、在宅療養期間の延長等も「在
宅医療」推進ではないか？ 等）

また、在宅医療推進には、訪問看護だけでなく、地域医療関係者全体の

受け入れ体制整備が必要。

ii. 福島県北保健福祉事務所：

がん対策基本法制定や医療計画作成など福島県としてもがん医療や在宅医療への取り組みを始めるのと平行して、県庁所在地でありがん末期を主な対象とする地域緩和ケアに熱心な医師・看護師・患者会などが地域存在していた県北保健所管内で地域における在宅緩和ケアモデル事業がスタートした。モデル事業当初は保健所が事務局として関係者を集めシステムを構築した。その後徐々にがん拠点病院など地域の関係機関へ事務局機能を移行している。平成 20 年から地域連携パスも開始しており、地域全体を網羅するネットワーク作りに期待がかかる。

(5) 初年度のまとめと今後の方針について

① 初年度のまとめ

今年度の事業をとおして、以下のような成果がある。

- i. 地域の現状と課題が把握でき、かつ、関係者間で共有できた。
- ii. 関係機関における情報共有と連携体制整備の必要性を再確認できた。
- iii. 地域の関係者による自発的な研修会や協議会が徐々に始まっている。

② 今後の方針

当初、事業計画を「I. 事業計画」のとおり設定したが、事業をとおして地域の目標を以下 4 点のとおり整理しなおした。平成 21 年度はがん拠点病院と地域の連携強化を主とした関係機関への啓発、事例検討、福祉施設へのアプローチ等に取り組む予定である。

- i. がん患者・家族が「在宅医療」を知ることができる
治療・経過の一つの選択肢として、早い段階から情報を得られる
地域住民の「在宅医療」の理解が深まる
- ii. 地域の医療機関等へ円滑につながる
在宅を見とおした情報の共有ができる
地域の診療所や訪問看護等がスムーズに探せる
- iii. 希望する看取りの場所で最期まで過ごせる
在宅（施設含む）を希望する患者が、在宅でも緩和ケアが受けられる
入所中の施設で看取りまで受けられる（特に高齢のがん患者）
- iv. 診療所・施設等の後方支援が充実する
他の病院と診療所等との協力・支援ができる

③ その他の課題

事業をとおして、要介護認定の仕組みや利用できるサービスががん患者にはそぐわないこと、若年者等福祉制度を利用できない者がいること等、地域の取組だけでは解決できない問題も多数あげられた。

4)京築保健福祉環境事務所の取り組み

地域概要

行橋市、豊前市、京都市（苅田町、みやこ町）及び築上郡（築上町、上毛町、吉富町）の2市5町で構成される地域で、北は北九州市、西は田川郡、東南を大分県と接し、周防灘に沿って北東にのびた農山漁村地域である。道路交通網は、国道10号線と201号線が行橋市で交差している。

(1)事業が必要とされている背景（地域の現状と課題）

<現状>

- ・在宅ターミナルの受入れを積極的に行っている医療機関がある。
- ・けいちく在宅緩和ケアネットワーク研究会がある。（地域の様々な関係機関が積極的に参加）
- ・訪問看護ステーション、訪問介護事業所はそれぞれに連絡協議会を定期的開催している。居宅介護支援事業所についても連携が取れている。
- ・在宅ホスピスの研修を受けたボランティアがおり、地域で活動している。

<課題>

- ・ターミナルや医療依存度の高い事例を受け入れることができる医療機関や訪問看護ステーションが数ヶ所に偏在している。
- ・レスパイト入院が出来るような体制作りが必要。
- ・ターミナルを受け入れるためには関係機関の従事者のスキルアップが必要。
- ・地域住民が在宅で死を迎える（在宅療養）の意識が薄い。

(2)事業の目的と特色

がん末期の患者等（積極的延命治療が必要でなく、QOLの維持を図りながら在宅医療を支援する必要のある方）に対し、地域連携パスの作成等を通じ、関係機関の連携を深めると共に、在宅療養に必要な地域の資源やサービスを整備することにより、在宅療養を支援する。

なお、当所においては、従来の取り組みを踏まえ難病患者もその対象とする。

(3)目標

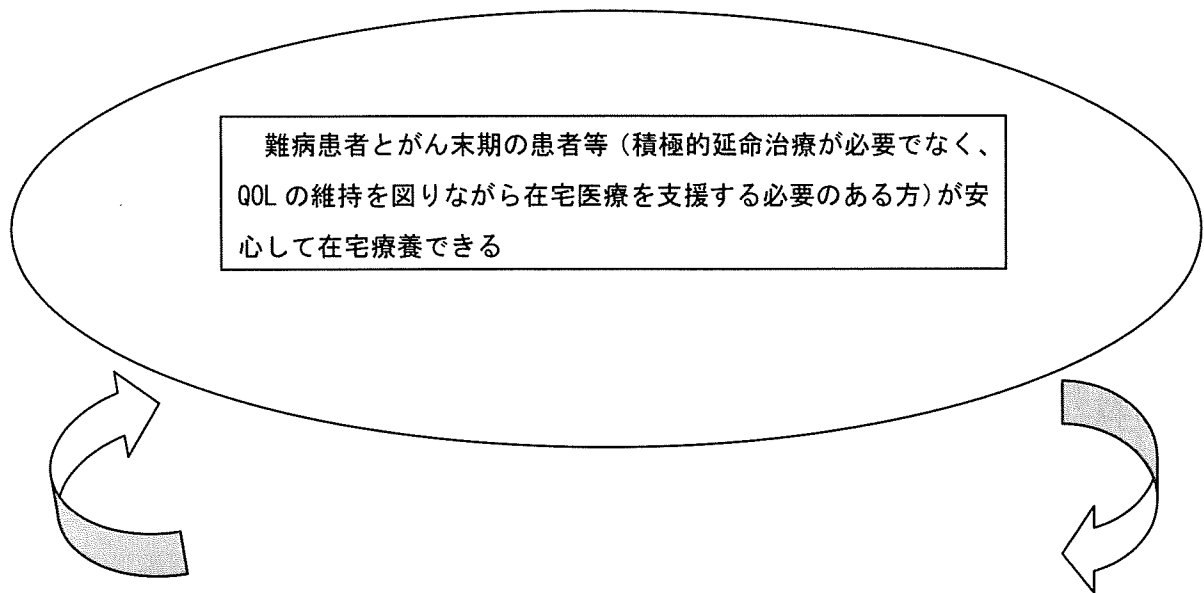
住民：自分が希望する場所で療養が出来、死の場所を選択できる。在宅療養に関する住民の意識の向上やボランティア等による積極的支援が行われるようにする。

地域：在宅療養に関してサービスを提供する機関等の連携が深まり、当該機関

等がより増えている。

保健所：地域の関係者へのアプローチを通じ本事業を推進し、県の定める評価指標に基づき、在宅療養のシステム評価ができる。

(4)事業のコンセプト



京築地域在宅医療支援センター	
地域の関係者へのアプローチ	保健所内の体制整備
<ul style="list-style-type: none">・ 難病事業で構築されたネットワーク会議を利用して地域課題を共有し、地域全体の水準をあげる。・ 事例検討や研修会を開催し訪問看護の質の向上、平準化を行う。・ 顔の見える連携体制の中でスキルアップを図り、地域のリーダーを育成する。	<ul style="list-style-type: none">・ 事業計画書の作成や情報交換により、事業の継続性を確保する。・ 所内関係各課・係との協力体制を構築する。

(5)事業の具体的内容

- ① 在宅医療に関する地域の課題の把握
- ② 在宅医療のネットワーク作り
 - ・ 地域連携パスの作成
 - ・ 地域在宅医療推進協議会

- ③ 在宅医療に関する保健所・医療機関等の知識・技術の向上
 - ・事例検討会
 - ・研修会
- ④ 住民の知識・技術の向上、緩和ケアの提供
 - ・研修会
 - ・リーフレット作成、配布
- ⑤ 訪問看護ステーションの24時間体制の構築
 - ・モデル訪問看護ステーションを中心とした事例検討会
 - ・モデル訪問看護ステーションに対する支援

(6)平成20年度の実施内容

- ① 実態調査（管内訪問看護ステーション15箇所）
 - ・在宅医療を推進する上で核となる訪問看護ステーションの実態調査を行った。
 - ・夜間早朝の計画的な訪問看護体制が整っていないこと、人工呼吸器装着患者の看護、がん患者の疼痛看護などの医療処置が難しい、医師との連携が困難などの課題があがった。
 - ・今後、益々医療依存度の高い在宅療養者が増加すると考えられ、夜間・早朝の訪問看護ニーズは高まると思われる。24時間訪問看護体制の推進や、技術指導については訪問看護推進支援モデル事業、医師との連携については事例検討会等で検討していく必要がある。
- ② 研修会「喀痰の吸引」
 - ・在宅療養者や障害者の痰の吸引を行っている家族の介護負担を軽減するためには、「家族以外の者による痰の吸引」が必要であり、難病患者の在宅療養支援計画策定・評価会議でも同様の課題が出された。
 - ・参加者は居宅介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション他119名
 - ・モデルを使った実習がとても分かりやすく、吸引への不安が和らいだ、今後、利用者から吸引の希望があれば希望に添って実施したいと7割の方が答えていた。また、研修の継続を望む声も多く、今後も技術研修として実施する必要がある。
- ③ 在宅医療支援センター
 - ・当所において、健康対策課 健康増進係に相談窓口が設置されている。(11月4日～)
 - ・相談件数は5件で、地域の関係機関と連携を取りながら支援を継続して

いる事例は2件であり、ネットワークの構築にも繋がっている。

④ 事例検討会

- ・事例を通して地域の在宅医療の課題を検証し、解決に向けた取組みを検討することで、地域の在宅支援システムを構築することを目的とした。
- ・参加者からは、事例を通して関係機関との連携の必要性を理解した、特に医師との連携のあり方について考える機会となった等の意見を含め、今後も事例検討を望む声が多かった。顔の見える連携作りの場にもなり、今後も継続していく必要がある。

図表Ⅲ-8 平成20年度京築地域在宅医療支援センターモデル事業 実施状況

開催日	会議名	主な内容と課題	人数等	出席者職種
H20 7/24	訪問看護 ステーション 実態 調査	在宅医療推進の中核を担う訪問看護ステーションの、在宅緩和ケアに関する取組み状況について把握する。 → 24時間体制は1ヶ所であり、呼吸器装着患者の対応が難しいところが多い。夜間、早朝、休日の医師の連携について困っている。	15箇所	・管内訪問看護ステーション
H20 8/26	在宅医療 推進協議 会	関係者が共通の認識をもって在宅医療の推進に取り組めるよう、地域の在宅緩和ケア体制の現状と課題を協議する。 → 医師の連携、介護保険、退院調整、薬剤管理を本年度の課題とすることを確認する。	23名	・医師会、歯科医師会 ・病院、在宅療養支援診療所 ・訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業所 ・市町介護保険課 ・地域包括支援センター ・重症神経難病ネットワーク
H20 10/23	吸引研修 会	医療依存度の高い患者の在宅療養を支援するためには、「家族以外痰の吸引」により、家族の負担を軽減する必要がある為、研修会を実施。 → 吸引に対する正しい知識の習得や、具体的な実習が在宅支援者の不安の軽減につながり、在宅支援の意識の高まりにも繋がった。	119名	・訪問介護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・訪問看護ステーション ・その他 医療関係者

H20 11/4 ～	在宅医療 支援セン ター設置 (相談)	患者・家族から在宅療養上の悩みや不安等の相談を受け、訪問看護ステーションや医療機関等の紹介、情報提供を行い在宅を支援する。 → 難病患者 (ALS) 1 件、がん患者 4 件 (療養相談 3 件、医療相談 1 件) 関係機関の連携のもと、2 件訪問継続中	5 件	
H21 1/14	事例検討 会	事例を通して、顔の見える関係作りを行うと共に、在宅医療の課題を検証する。 → 関係機関の役割と連携の取り方について具体的に学ぶ機会となった。	67 人	・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・市町、福祉サービス団体
H21 3月 予定	在宅療養 支援計 画・評価 会議 (難病)	難病事業と併せて在宅医療推進事業の取り組みと課題を報告し、今後の方針を検討する。		

(7)平成 20 年度の評価

① 在宅医療に関する地域の課題の把握

i. 管内の社会資源の把握・整理：○

- ・目的：地域のニーズを把握すること
- ・地域の訪問看護ステーションのマッピングを実施 (実施主体は県立大学)。
15～20 分の移動では訪問できない範囲があることがわかった。
- ・訪問看護ステーションが出席し、取組状況について報告する会議を設けた。

ii. 協議会や事例検討会における地域課題の把握：○

- ・訪問看護ステーションの課題
 - 24 時間体制は 1 か所のみ。
 - 呼吸器装着患者の対応が難しいところが多い。
 - 夜間・早朝・休日に医師との連携がとりにくい。
- ・関係者の中で、吸引処置についての知識・技術に関する不安が多い。

② 在宅医療のネットワークづくり

i. 協議会のメンバー決定：○

- ・関係機関 (医師会、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、市町村介護保険課、地域包括支援センター、重症神

経難病ネットワーク) から選定。

・理解が得られ、中心になって動いてくれる人を委員に選定し、依頼した。

ii. 協議会における地域の課題の共有：○

・職種間で、お互いの在宅ケアの実施状況、課題が確認できた。

・ターミナルの事例は迅速な対応が必要。しかし、ケアマネジャーは経験が少なく動き方がわかりにくい。(難病患者への対応は慣れているが、がん末期に対する経験が少なく不安が多い。)

→ 医師とケアマネジャーの連携が双方にとって良いことを、各会議の中で確認した。

iii. 協議会における地域に応じた対策の明確化：○

iv. 協議会における地域に応じた対策の遂行：○

・地域の既存の難病患者ネットワークに、がん末期患者への対応機能を追加する。

・協議会として新たに会議を設けるのではなく、ネットワーク会議やその他の会議を利用して協議会の話し合いを設けることにした(負担を少なくした)。

・センター主催の、吸引処置に関する研修会を実施。

・1月に、事例検討会を実施。関係機関の役割と連携の取り方を具体的に学び、同時に顔が見える関係作りを行った。

・事例検討会を通して、お互いの課題を共有することができた。

v. ネットワークを利用した利用者対応実績の増加：○

vi. ネットワークを利用した利用者の満足度の向上：○

・相談事例：12件(そのうち、ネットワークを利用して支援を継続している事例：5件)

・関係機関への連絡がスムーズに行えた事例が多く、対応には満足されていることが多い。

・必要な情報がすぐに伝達でき、担当者へつなぐ作業がスムーズで良かった。

③ 在宅医療に関わる医療機関等の知識・技術の向上

i. 相談支援知識の習得：○

ii. 相談支援スキルの習得：△

・難病患者へ訪問等で対応していたため、ターミナルに関する知識・技術はある程度持っていた。

・がん末期患者に関しては、難病に比べまだ確信が持てないこともある。

・けいちく在宅緩和ケアネットワーク研究会に参加している。

- ・教科書等を読んで独自に勉強した。
 - ・山口、滋賀への視察を実施。
 - ・センター担当者が不在の時でも対応できるよう、相談受付簿と資料集を作成し、所内に配置した。
 - ・在宅ケアに関わる関係者に対し、吸引処置研修会を実施。
- iii. 相談支援件数の増加：○（？）
- ・期間中、12件。
- iv. 相談支援に対する利用者の満足度の向上：○
- ・相談事例：12件（そのうち、ネットワークを利用して支援を継続している事例：5件）
 - ・関係機関への連絡がスムーズに行えた事例が多く、対応には満足されていることが多い。
 - ・必要な情報がすぐに伝達でき、担当者へつなぐ作業がスムーズで良かった。
- ④ 住民の知識・技術の向上、緩和ケアの提供：本年度は取り組まないこととした。
- i. リーフレットの作成：○ 配布：未
 - ii. ボランティアの育成：未
 - iii. 住民への普及・啓発のための講演会等の実施：未
 - iv. 地域在宅医療支援センターの周知度の向上：未
 - v. ボランティアの人数の増加：未
 - vi. 緩和ケアに関する知識の向上：未
 - vii. 在宅死を望む人の増加：不明
 - viii. 在宅死の増加：不明
- ⑤ 訪問看護ステーションの24時間体制の構築
- i. 管内の訪問看護ステーション体制の把握：○
 - ・訪問看護ステーションに対し、訪問看護実態調査（会議）を実施。
 - ii. 24時間ケア体制に向けての普及・啓発：未
 - iv. 24時間ケア体制の訪問看護ステーションの増加：不明
 - v. 問看護利用者のうち在宅看取り件数の増加：不明
- ⑥ その他
- ・保健所ごとに、事業の方向性が異なるため、不安になることがある。具体的な県の方針が知りたい。

(8)平成 21 年度の方向性（課題）

- ・相談を受ける体制が十分でないため、大々的に PR することができなかった。次年度は、地域住民に対して「希望すれば相談が受けられる場所」という PR をしたい。
- ・退院前に、在宅の準備（告知、処置の説明など）を行ってから帰宅させる体制を構築する必要がある。次年度は、センターとして対策をたて、取り組みたい。
- ・丁寧に取り組んだおかげで、地域の課題を掘り下げ、目的を定めて活動することができた。

◆取り組んでみて感じた支援センターの役割と実施に当たっての課題・地域の課題 ＜役割＞

- ・中立・公正な立場から、体制整備のための調査、情報収集を行い関係者に発信することが出来る。
- ・地域の課題を吸い上げ、保健、医療、福祉、その他の関係者を巻き込んで事業を実施することができる。（事例検討会、研修会等）
- ・相談窓口として、一連の過程を関係者と共に経験することで、課題を抽出、検討することが出来る。（地域全体のシステムとして評価する役割。）
- ・相談を受け、関係機関へつなぐ窓口としての機能がある。
- ・住民が安心して相談できる窓口として機能すれば、早期介入が出来、安心して最後まで在宅療養を送ることが出来る支援ができ、システムの構築に繋がる。
- ・在宅支援者からの相談窓口として機能することで、支援者が抱え込まず、解決策を考える場所となる。

＜課題＞

- ・事例検討会を通して、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等、関係者は支援の経過で悩みや課題をそれぞれ抱えていることがわかった。特に、医師との連携、介護保険などの課題があげられた。切れ目のないサービスで最後まで安心して療養できるシステムづくりのためには、その問題を地域全体の課題として皆で協議していく必要があることが分かった。課題を吸い上げ、協議し、つないでいく役割が保健所にあるのではないかと感じた。
- ・訪問看護ステーションについてはスキルの問題、体制の問題があるが、モデル事業を評価することで、ステーション間で役割分担をし、24 時間訪問看護体制を考えていく必要がある。
また、モデル事業の評価を通して、地域の関係者が担ったほうが良い課題があれば検討していく。
- ・住民サービスの一環として、市町や関係機関が主体的に関われるように、研修会等の事業を組んでいく。（滋賀県の例）

- ・ 出された地域の課題は、事例検討会、会議、研修等で検討していく。
- ・ 市町の協力を得て、在宅緩和ケアの理解と普及を図るための講演会等を実施する。(民生委員等の地区リーダー)
- ・ 在宅医療支援センターの普及啓発：相談窓口の PR