

医師の連携

- ① 主治医が他の病所の場合は、主治医との連携、指示受けが困る。
- ② 医師の訪問医師が難しい。日中であれば訪問してもらえないが、病状の体制により夜間訪問は行けることとなる。在宅での看取りを希望しても困難な場合がある。
- ③ インフォームドコンセントがしっかりとされていない。まだまだ、患者自身も告知を受けたいという人が多く、介護者もしっかり理解されていないことが多い。
- ④ 看護や介護は、在宅医療介護の要請が強くなくなってきていると思われ、医師の中には消極的な様子が見られる。麻薬の処方、症状緩和の方法などあまり慣れない先生もいらっしゃるようです。
- ⑤ 個人病院では、夜間の対応が困難なため、夜間の対応は母体病院への情報提供をしていただいている。しかし、状態が悪くなれば、受診するしか、夜間の往診医師は確保されない。

薬剤管理

- ① 在宅で麻薬を服用していた利用者が麻薬を紛失したことがあり、管理が難しい。
- ② 平成18年介護保険法改正後、近医の指示により在宅で処方箋を管理する利用者が多くなりました。緩和ケア以外にもALS等の神経難病、脳梗塞後遺症の患者さんにも処方されています。医療中心の疼痛コントロール、PEGによる注入する患者さんには、薬物の調整、処方法の導入、栄養剤の処方法による注入の導入、GPOの使用なども提案してきました。
- ③ がん末期の患者さんで、麻薬（MSコンチン、オキシコンチン）の服用、非麻薬との併用（レハタン）緩和ケア法による在宅ケアを希望して在宅で緩和ケア、看取りを行っていた利用者がいます。

介護保険

- ① がん末期の患者さんで、介護保険が利用される場合、病状の進行で何回も変更申請が行われるケースが多く、申請状況の把握が不十分で扱われることが多くなっています。関係者のなかからケアマネから連絡は無いのが現状です。
- ② 介護申請したときと認定が異なる利用者の身体状況の悪化が大きくなり必要なサービスが使えない。
- ③ 緊急時に必要な福祉用具貸与、ホームヘルプ事業を平成18年度から開始。要介護認定と同時に申請を行うことで対応している。

退院調整

- ① ターミナルの人を向のフォロワーなしに在宅にもどされ、家族が電動ベッドを買い、介護保険申請を拒否から争い、困っていた状況がある。（病院のMSWが在宅にもどるのをサポート）
- ② ターミナルで在宅に送るといふ現状で退院後にかかりつけ医に送るといふために、送る一つも持たせずに退院させ、訪問看護開始が遅れるというケースがある。相談があった段階で、その部屋フォロワーに入ったが…
- ③ 末期の方が在宅を望み送られるが、早急な退院が多く退院前からの準備がなっていないことが多く、介護保険の申請もされていないことが多く、在宅で申請する必要があるサービスが早期から導入できない。早急に開業、意見書を依頼するが間に合わない状況がある。
- ④ 在宅ケアのニーズが多い。

関係機関の連携

- ① ケアマネは、緩和ケアが在宅医療推進の要諦に入っていることを知らないことが多いようです。（除霊師の対応）
- ② 連携訪問、訪問看護、各サービスの紹介、調整など、退院前からの連携の生活がスムーズに開始できるように心がけている。
- ③ ケアマネと密に連携を図っている。
- ④ 看取りのスキルアップなどのために、経験ある訪問看護士との連携で情報交換できる場が欲しい。
- ⑤ 関係機関で情報交換できる場が欲しい。

スキルの問題

- ① 看護師自身も麻薬に対する知識も少なく、医師も適切な判断をされないことがある。
- ② 看取り看護についてのスキルアップをしたい。
- ③ 訪問看護は、医療、看護、家族の間に立ち情報収集の伝達をスムーズにできる感と和がはかれるように積極的に研修会等に参加して、在宅での支援ができるようになりたいと思う。
- ④ 訪問看護での呼吸器処方の経験がない。

看取りの現状

- ① 末期がんの患者さん本人の意向は、在宅生活を望んでいる。
- ② 数人であるが、在宅での看取りをされる方もいるが、在宅で看取りを知られて身が重たると言われる状況もあり、もっと、在宅で送られるようにしたいと思える。ただ、在宅での看取りの要請に面している。看取りが難しいながらも、今後は状況の改善で少しでも送らせたいという方が多く、自宅での看取りは年間2~3名です。

地域住民の死生観

- ① 日本人は、病院での治療、病院での看取りの意識が強く、親戚が「入院させないのか」「病院の方がいいのでは」等言われることが多い。これは、メディアを通じて国民に知らせていかねばいけないのではないかと思う。

訪問看護ステーション

- ① マンパワー不足で休日等対応ができない。

福祉サービス等

- ① 介護保険対象外の利用者が、安価で使えるサービスが無く経済的、介護負担で無理をせざるを得ない。

介護力・認識等

- ① 一人の介護が多く、介護力が落ちてくる人が多い。在宅ターミナルの難しさを痛めます。（サービスを押し付けだけでは無理や…）
- ② 在宅ケアを検討するが、家族の介護力、末期がんに対する知識不足（終末期ケア）
- ③ 訪問看護2-4時間の連続対応で訪問し、受診が必要であれば対応して、本人、家族の負担で在宅へ帰るが看取り期間になると介護力の回復もあり、入居を希望することがほとんどで在宅での看取りは少ない。

問題行動等

- ① 末期がん患者さんが在宅で看取りを希望したが、夜間の行動障害やせん妄等が出た場合は、在宅ケアの継続が困難となった。

<京築参考資料 2>

京築保健福祉事務所管内にある訪問看護ステーションの調査結果

(問1および問2は省略)

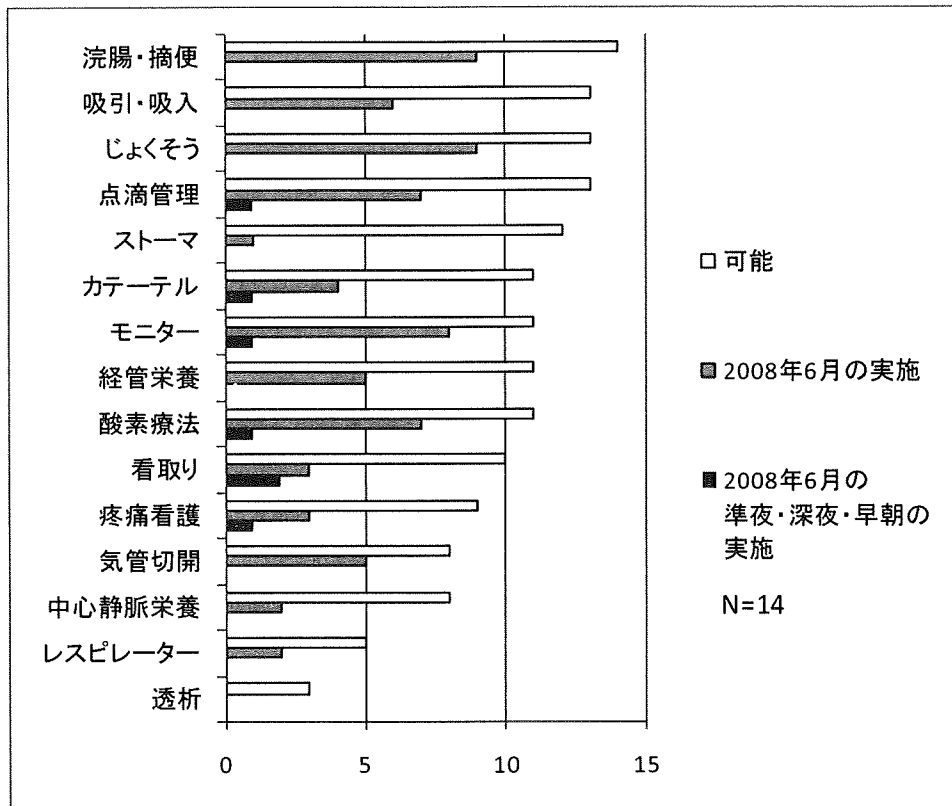
問3：医療処置について(表2・3)

- ・ レスピレータが実施可能なステーションは5箇所であった。
- ・ 神経難病の受け入れが可能なステーションのうち、レスピレータの実施が不可能であるステーションが3箇所あった。
- ・ 提供できる医療処置では、浣腸・排便、吸引・吸入、じょくそうの順に多かった。
- ・ また、医療処置の実施においては、浣腸・排便、じょくそう、点滴管理、酸素療法、吸引・吸入の順に多かった。
- ・ 夜間・早朝に実施している医療処置の内容は、看取り、疼痛看護、カテーテル、モニター、酸素療法、点滴管理であった。

表2: 医療処置について

項目	実施可能性あり		1ヶ月間の実施あり		N=14 準夜・深夜・早朝の実施あり	
	n	%	n	%	n	%
浣腸・排便	14	100.0	9	64.3	0	0
吸引・吸入	13	92.9	6	42.9	0	0
じょくそう	13	92.9	9	64.3	0	0
点滴管理	13	92.9	7	50.0	1	7.1
ストーマ	12	85.7	1	7.1	0	0
カテーテル	11	78.6	4	28.6	1	7.1
モニター	11	78.6	8	57.1	1	7.1
経管栄養	11	78.6	5	35.7	0	0
酸素療法	11	78.6	7	50.0	1	7.1
看取り	10	71.4	3	21.4	2	14.3
疼痛看護	9	64.3	3	21.4	1	7.1
気管切開	8	57.1	5	35.7	0	0
中心静脈栄養	8	57.1	2	14.3	0	0
レスピレーター	5	35.7	2	14.3	0	0
透析	3	21.4	0	0	0	0

表3：医療処置の実施可能性と実施状況



問4：休日昼間、夜間・早朝の訪問体制 (表4、5)

- ・ 休日昼間に対応しているステーションは、14 箇所中 13 箇所であった。また、夜間・早朝に対応しているステーションは、14 箇所中 11 箇所であった。
- ・ 休日・昼間に対応しているステーションのうち、「電話対応、緊急時には訪問する」は 8 箇所、「利用者のニーズによって一時的に体制を組み訪問する」は 6 箇所であった。
- ・ 夜間・早朝に対応しているステーションのうち、「電話対応、緊急時には訪問する」は 10 箇所、「利用者のニーズによって一時的に体制を組み訪問する」は 1 箇所であった。
- ・ 対応しているステーションでは休日昼間、夜間・早朝ともに「電話を受ける担当者」、「訪問する担当者」は「看護師で持ち回り」が最も多く、待機場所は担当者の自宅が最も多かった。

表4：休日昼間、夜間・早朝の訪問体制 (複数回答)

項目	休日昼間		準夜・深夜・早朝	
	n	%	n	%
訪問体制	N=14			
対応あり (内訳)	13	92.9	11	78.6
電話対応、緊急時には訪問	8	57.1	10	71.4
利用者のニーズによって一時的に体制を組み訪問する	6	42.9	1	7.1
休日も通常の訪問をしている	1	7.1	-	-
1日を3交替で勤務している	-	-	0	0
1日を2交替で勤務している	-	-	0	0
その他	1	7.1	0	0
まったく対応していない	1	7.1	3	21.4

項目		N=13		N=11	
		休日昼間 n	%	準夜・深夜・早朝 n	%
電話を受ける担当者	管理者	1	7.1	2	14.3
	担当制の看護師	0	0	0	0
	看護師で持ちまわり	9	64.3	8	57.1
	関連施設職員	3	21.4	-	-
	その他	-	-	1	7.1
訪問する担当者	管理者	3	21.4	3	21.4
	担当制の看護師	0	0	0	0
	看護師で持ちまわり	9	64.3	8	57.1
	関連施設職員	1	7.1	-	-
待機場所	ステーション	1	7.1	0	0
	担当者の自宅	10	71.4	10	71.4
	関連施設	2	14.3	1	7.1

問5：計画的訪問実施状況（表6）

- ・ 休日昼間の計画的訪問を行っているステーションは5箇所あったが、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーションはなかった。
 - ・ 計画的訪問を実施しない理由として、ニーズがないという意見が最も多かった。
 - ・ 人手不足が計画的訪問を行えない理由に挙げているステーションもあった。
- 計画的訪問のニーズは1ステーションでは発生率が少ないと考えられるが、本当にはないのだろうか？日中だけで対応できているのか、ニーズを把握できていないのか？

その他の理由： もし、ニーズがあったとしても人手が整わない

臨時でのニーズはあるが、計画的に求められることは少ない

表6: 計画的訪問実施状況

項目	休日昼間		準夜		深夜		早朝	
	n	%	n	%	n	%	n	%
実施あり	5	35.7	0	0	0	0	0	0
実施なし (内訳)	9	64.3	14	100.0	14	100.0	14	100.0
実施しない理由 (複数回答)								
ニーズがない	6	75.0	8	61.5	9	69.2	9	69.2
ニーズはあるが人手が整わない	2	25.0	3	23.1	2	15.4	2	15.4
ニーズはあるが経費が整わない	0	0	0	0	0	0	0	0
他に対応するステーションがある	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	2	15.4	2	15.4	2	15.4

問6：休日昼間、準夜・深夜・早朝の訪問看護に関する自由記述

- ・ ニーズはあるものの、マンパワー不足であるという意見が複数挙げられた。
- 訪問の方法に工夫ができれば夜間・早朝の訪問看護は行えるのか？

自由記述内容：

○ニーズの有無やマンパワーが不足していることについて

- ・ 各々ニーズは多いと思いますが、担当区域が広く、スタッフ数及び家庭の事情等で難しい。数か所のステーションで協力する等工夫できればと思います。
- ・ 準夜・深夜・早朝帯もニーズはあると思われるが、マンパワーが不足しており、現実的には対応することができず、対応できていない。
- ・ 現状では緊急時対応のみで、計画的な夜間対応のニーズはない
当ステーションでの体制ではスタッフの人員的な問題もあり、計画的な訪問は無理である。
- ・ 看護師の人数がギリギリの状態、時間外や休日に訪問しても、そのかわりの休みや時間をとることができない。
余裕をもって雇用することも、人件費がかさむことになり、経営上難しい。
いつもギリギリの人数の中で訪問を行っているので、緊急の訪問体制をとることで精いっぱいです。

○医療機関との連携について

- ・ 他の医療機関が主治医の場合連携が取りにくい

○精神疾患の利用者が多いことによる特徴

- ・ 精神疾患を持たれている利用者様が多く、状態悪化時での夜間等の訪問はリスクが高いため単独での訪問は困難な点が多い。
- また、自立支援医療を利用される方がほとんどで、介護保険に関しては手続きや書類等もあり、精神疾患を持たれている方には負担が大きいように思える。

問7：ターミナルや神経難病の受け入れ（表7・8）

- ・ターミナルや神経難病の受け入れが難しい理由として、スタッフの技術やマンパワー不足等があげられていた。
- ・スキルアップ・連携等の受け入れ実現へ向けての課題がいくつか見られた。

表7：神経難病患者の受け入れ実績（2008年6月）

	n
あり	6
なし	8

表8：ターミナルや神経難病の受け入れ（複数回答）

	n	N=8 %
やりたい	0	0.0
やってみたい	2	22.2
やれない	6	66.7
やりたくない	1	11.1

受け入れに関する理由：

②やってみたい

・ターミナルケアの研修を受け、その必要性を理解している。病院と併設しているのか、ニーズがあれば研修で学んだことや、今までの看護経験を生かしてみたいと考えている。

・当ステーションの現状では、スタッフの人数から見て対応はなかなか難しい状況であるが、ステーションスタッフのスキルアップする必要あり。経験のあるステーションとの連携をとりレベルアップはしていきたい。在宅での呼吸器対応等の経験がない。

③やれない

・本来受け入れはしているが、精神・身体障害の方の依頼が多く、ターミナルの依頼はほとんどこない。

・スタッフの技術、スキルに問題があり、行えないのが現状です。また、人手不足も要因としてあげられると思います。

・現状までニーズがなかったこともあり、精神疾患を持たれた利用者様を中心に訪問をさせていただいた関係で、看護師術的な面で現状は困難と思われます。

・利用者のニーズがない。人員が足りない。

・神経難病患者の受け入れに関しては、訪問看護ステーションの母体であるクリニック医師が内科医であり、実経験がないため困難。また、ステーションスタッフである看護職員についても同様のことが言える。

- ・マンパワーの問題。対応する側の知識、技術等の問題。

④やりたくない

- ・技術が伴わない。Dr、Fa などコミュニケーションがうまくできない。

問8：どのような支援があればやれるか

- ・経験のあるステーションとの連携や、勉強会や研修などのスキルアップを目的とした支援や病院や診療所との連携、人員の確保が挙げられていた。

自由記述内容：

・急変時に訪問看護だけでなく、すぐに協力してくれる地域の医師が多くいればスムーズにケアにつながると思う。

・医師の連携が必要。看護師は指示がもらえればいいので、プロトコルがあればいい。多くは抱えられないが、希望する人がいれば、やってみたいと思う。

・下記のような支援（スーパーバイズ）があればよいと思います。

・勉強会、研修等学べる場の充実、情報交換できる場の提供。

・スタッフの増員・技術面での研修。

・経験のあるステーションとの連携で、まずは同行訪問を

問9：スーパーバイズ機能について（表9）

表9:スーパーバイズについて

	N=12	
	n	%
希望する	1	8.3
事例があったら、希望する	10	83.3
希望しない	1	8.3

京築地域の訪問看護ステーション調査から見てきた課題

1. 24時間の訪問看護体制について

・休日昼間については、約半数のステーションが、「電話対応や緊急時には訪問する」、「一時的に体制を組んで訪問する」等の対応を行っていた。通常の訪問を行っているステーションが1箇所あった。

・夜間・早朝については、「電話対応、緊急時には訪問する」ステーションが7割であったが、計画的訪問を実施しているステーションはなかった。

・「ニーズがある」がマンパワーがないため計画的訪問は困難という意見があった。

⇒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る。必然的に夜間・早朝の訪問看護ニーズは高まると考えられるが、どのように対応していくか？

・夜間・早朝の訪問看護の「ニーズはある」、「ニーズはない」という両者の意見があった。

⇒本当にニーズがないのか？潜在的なニーズを拾えていないのか？「夜間・早朝の訪問看護の必要者」を共有する必要がある。

2. 訪問看護ステーションが提供する医療処置について

・レスピレーターについては、医療処置の実施が不可能としているステーションが半数以上であった。

・看取り、疼痛看護、気管切開、中心静脈栄養等についても、3分の1のステーションが実施は不可能と回答していた。

⇒訪問看護ステーションによって、受け入れる疾患の特徴や、医療処置への対応範囲が異なっていた。技術指導を希望するステーションもあったことから、高度な医療処置が難しいステーションに対しては、研修の機会の提供や、技術をもったステーションとの連携（スーパーバイズ）等の必要がある。

3. その他

・医師との連携が困難。

⇒訪問看護ステーションがより効果的・効率的にサービス提供するには、医師との連携が必要不可欠である。どのような場面や事例で連携がうまくいっていないのか、課題をを明確にし、連携体制を作り上げる必要がある。

5)4 箇所のモデル保健所のまとめ

(図表Ⅲ-9 在宅医療推進事業のまとめ、図表Ⅲ-10 平成21年度の地域在宅医療支援センター事業について 参照)

(1)今年度の実施内容

①ニーズ把握

協議会やヒアリングにより、管内の社会資源の過不足や課題については把握できていた。今年度はニーズ把握に留まり、課題に向けての解決までは至らなかった。

②ネットワーク構築

協議会やヒアリングを通して、顔の見える関係性の構築が図られていた。元々難病等のネットワークがある地域は、既存のネットワークを活用していた。

③専門職のスキルアップ・地域在宅医療支援センターの相談業務

視察や勉強会等を積極的に行っていた。担当者だけでなく、他の職員も同様に住民からの相談が受けられるよう、一緒に勉強会を行う保健所もあった。相談件数は各所あまり多くないため、今後はPR方法を検討する必要がある。

④住民の啓発・ボランティアの育成

住民への情報提供ができるよう、地域の社会資源をヒアリング等により整理していた。しかし住民や関係職種に情報提供できる形には未だなっていない。リーフレットは、掲載する内容の吟味が難航する地域もあり、全所が完成には至っていない。

⑤訪問看護ステーションの体制構築

関わり方は、各保健所によって異なるが、本モデル事業を通して保健所と訪問看護ステーションとの連携が促進された。

(2)共通する課題と来年度に向けて

- ・地域には熱意のある訪問看護ステーションや診療所医師は存在するが、在宅へ移行する際の連携・調整が不十分である。各関係機関同士の連携方法を具体的に検討する必要がある。
- ・在宅療養を支える訪問看護ステーションや診療所の力量や経験に差が見られた。在宅での療養や看取りを望む患者の受け皿を増やすために、地域の在宅サービスを提供できるような対策が必要である。
- ・がん患者は若年であったり、病状の進行が慢性疾患に比べて早いため、介護保険制度がそぐわない状況もある（例：認定審査中に亡くなる、年齢が条件に満たないため介護保険サービスを利用できない、等）。このようにサービスの狭間

にいるがん患者にサービス提供できるしくみづくりが必要である。

- ・管内で療養患者の移行が完結している地域とそうでない地域があった。資源が少ないことや在宅療養が選択肢にないため一旦病院に入院してしまうと在宅に戻って来ることができな可能性が考えられる地域があった。なぜ、地域に戻って来ることができないか要因を探り、その要因に応じた対応策が取られることが望ましい。
- ・がん患者の療養場所のルートは捕らえ難かった。その効率的な把握方法を検討する必要がある。
- ・住民はがんになったら病院で治療するというのが当たり前であり、在宅に戻ってくるという考え方がない場合がある。それは住民だけでなく中には病院の医師等も同様の考えを持つ者もいる。住民や病院への普及啓発や情報提供が必要である。

(3)終わりに

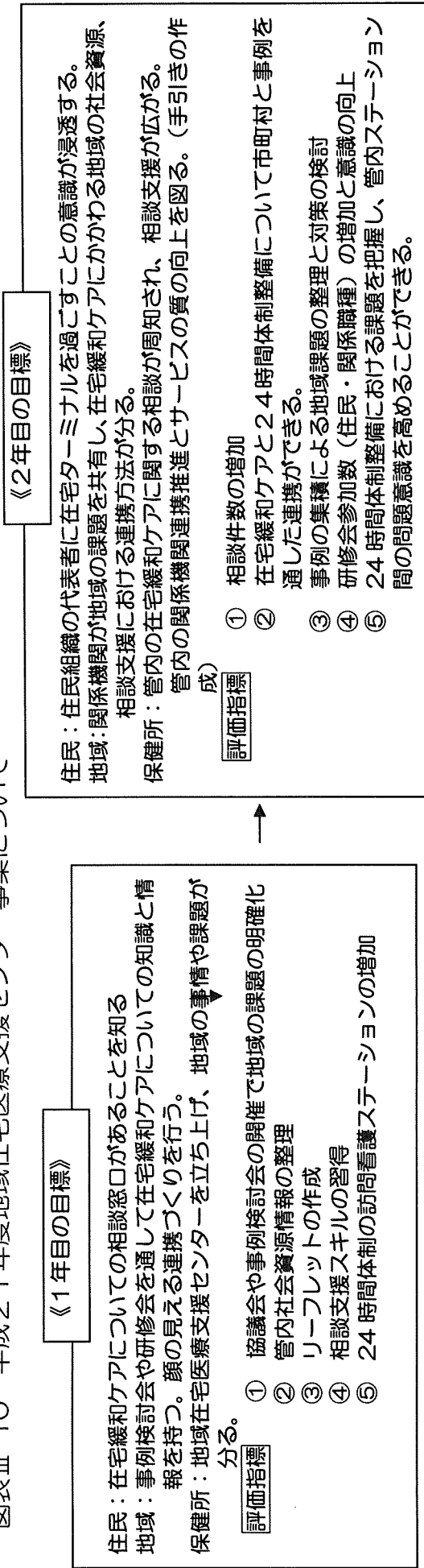
がん患者については、保健所は日常業務の中で相談に乗ることが少ない対象者であるため、最初は戸惑いも大きく、何が保健所にできるかを模索した時期があった。モデル事業を進めるに連れて、中立性があり、情報収集や地域の関係機関を調整しやすい立場である保健所にしかできない役割があることを見出していった。このような行政ならではの機能やこれまで培ってきたネットワークづくりのノウハウを活かし、短期間で様々な地域の資源にアプローチすることができた。

図表Ⅲ-9 在宅医療推進事業のまとめ

	県医療指導課	宗像保健福祉環境事務所
1. 活動の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ○予算の獲得 ○各保健所の事業遂行支援（情報提供・相談） 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療依存度の高い在宅療養者を積極的に支える訪問看護ステーションを糸口にターミナルや看取りの現状を把握し、今後の事業の方針を考えた
2. 地域の特徴と課題	<ul style="list-style-type: none"> ○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%に比べて低い ○福岡県において「自宅で最期を過ごしたい」と思う人が、自宅で安心して過ごせるよう、在宅医療を整備することは急務である ○訪問看護の看護師数は十分でなく、24時間体制の充実や人工呼吸器を装着した患者への対応など、訪問看護の室や内容の充実が求められているが、ステーションによる差が大きい ○在宅支援診療所数は全国の平均よりは多いが、偏在している 	<ul style="list-style-type: none"> ○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設置されているが、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。 ○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とる医師や団体がいない ○住民の助け合いの意識が高い ○関係機関が連携の必要性を感じているが十分でない
3. 今年度の実施内容		
1) ニーズ把握	<ul style="list-style-type: none"> ○ふくおか医療情報ネットより、県内医療資源情報を整理し、モデル保健所、政令市の在宅医療担当者へ送付 ○訪問看護推進支援モデル事業や地域在宅医療支援センター事業を通じた課題の抽出 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問看護ステーションの利用者調査 方法：質問紙調査 調査内容：利用者の属性、介護状況、療養場所の移行、看取りの現状、等
2) ネットワーク構築 協議会のメンバー	<ul style="list-style-type: none"> ○県政モニターアンケート調査 内容：在宅医療・ターミナル期における療養場所の希望等 方法：メール又は、郵送による調査 対象：県政モニター 243名 	<ul style="list-style-type: none"> ○看取りの現状および連携状況の調査 方法：ヒアリング調査 対象：訪問看護ステーション、医師会、歯科医師会、ケアマネジャー団体、地域包括支援センター、がん連携拠点病院、等
協議会の構成や運営で留意したこと	<ul style="list-style-type: none"> ○緩和ケアを中心とした在宅医療に関わりが深い関係機関、団体の代表、県域での問題を検討できる学識者等で委員構成を行った。また、より住民に近い視点の意見を反映できるようNPO団体代表者を構成員とした。 	<ul style="list-style-type: none"> ○協議会のメンバーを中心に地域の連携を進められるよう、日常的に対人サービスを行っている人をメンバーとした
協議会以外のネットワーク構築	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療推進事業、地域在宅医療支援センター事業等の活動について理解や協力を得るため、関係団体や政令市、関係部署への説明や「訪問看護推進支援モデル事業」に関する検討会などを開催した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○関係機関に広く知ってもらうために、ケアマネ研修会、地域連携会議で事業やセンター事業について説明を行った
3) 専門職のスキルアップ・地域在宅医療支援センターの相談業務 視察	<ul style="list-style-type: none"> ○NPO法人長崎在宅Dr. ネット、滋賀県草津保健所、滋賀県済生会訪問看護ステーション視察、滋賀県立大学 堀井教授の24時間訪問看護システム構築についての意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> ○NPO法人長崎在宅Dr. ネットの視察
研修会	<ul style="list-style-type: none"> ○「地域在宅医療支援センター研修会」の実施（4回、40名） 対象：地域在宅医療支援センター職員 ○「地域在宅医療推進研修会」の実施（2回、191名） 対象：保健所・政令市・市町村・訪問看護ステーション職員 ○病院・訪問看護ステーション相互研修事業（12名） 対象：病院と訪問看護ステーション職員 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院、診療所の医師、看護師、ソーシャルワーカー等を対象とした退院支援、地域連携についての研修会を開催
地域資源の情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ○医療情報ネットの整備状況等について保健所への情報提供を行った 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療情報ネットの活用
住民からの相談対応	<ul style="list-style-type: none"> ○機能的になし 	<ul style="list-style-type: none"> ○相談件数は多くなかったが、丁寧に相談に乗ることで、どこにもつながっていないがん患者の切実な悩みを知ることができた
その他		<ul style="list-style-type: none"> ○相談があったときに誰でも対応できるよう所内での勉強会を開催、情報の共有に心がけた
4) 住民の啓発・ボランティアの育成	<ul style="list-style-type: none"> ○記者発表（11月） ○県政モニターアンケート調査 ○関係機関会議にて周知 ○NPO協働事業（在宅ホスピスボランティア養成講座 受講者104名） 	<ul style="list-style-type: none"> ○記者発表（11月）
5) 訪問看護ステーションの体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問看護推進支援モデル事業の実施 ・24時間訪問看護 291件（延） ・訪問介護一体型 36名（329日） ・医療型多機能 デイホスピス 7名 スーパーバイズ 1名 	<ul style="list-style-type: none"> ・実態調査、ヒアリングを行い、課題を明確にした
4. 今年度の評価と課題	<ul style="list-style-type: none"> ○モデル地域における現状と課題が把握でき、関係者間で共有できた。 （明確になった課題・評価） ○自治体においては、「在宅医療」に関する担当部署や相談窓口が不明確であった。 ○医療依存度が高い在宅療養者が利用できる制度として、現行の「介護保険制度」や「自立支援法」では、カバーできない医療、介護ニーズが多かった。 ○地域におけるネットワーク構築や相談支援については、保健所のもつ機能（従来、保健所が行ってきた難病支援の展開）を利用して、「緩和ケア」を必要とする在宅療養者に対しても、拡大できることがわかった。 ○「誰もが望む場所で療養できる医療体制」整備に向けて、住民、関係者の意識啓発が必要であることがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の現状と課題が把握でき、関係者間で共有できた ＜明確になった課題＞ ○予想以上に在宅療養の支援および看取りが行われていた ○関係機関は調整にジレンマを感じており、連携不足であった ○強力なリーダーシップを取る関係機関がないことを利点として、参加型のネットワークができるのではないかと考える ○がん患者の受療先が管内（約4割）だけでなく、他地域に受診しているため、管外のがん拠点病院等とも連携を図る必要がある
5. 来年度に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ○H20年度で明確になった課題を協議会や関係団体へ提言し、検討を深めていく。 ○医療依存度の高い在宅療養者のニーズに応じたサービス提供体制のあり方について、訪問看護推進支援モデル事業において試行・検討していく。 ○訪問看護サービスにおける経済評価等の調査を実施する。 ○地域在宅医療支援センター事業の拡大、標準化にむけて、手引き等の作成を行う。 ○在宅医療についての関係機関への情報発信や研修会等の開催を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○事例検討会等の開催等を通して、顔の見えるネットワークづくりを行う ○研修会の開催等により、在宅緩和ケアの知識・情報を深める ○社会資源の集約・整理を行う ○住民の相談・医療機関の情報提供を行う ○がん拠点病院を中心に医療機関等へ事業、地域在宅医療支援センターの相談窓口のPRを行う

嘉穂保健福祉環境事務所	山門保健福祉環境事務所	京築保健福祉環境事務所
○主にがんの緩和ケアを必要とする患者・家族に焦点を当て、地域在宅医療体制の推進を目指した	○地域の関係機関にヒアリングを行い、地域ニーズに即した展開方法を考えた	○難病患者を支える地域のネットワークがあるため、それを素地に事業を展開した
○関係機関の連携が十分でない ○基盤にするネットワークがない ○主ながん患者は、飯塚医療圏の住民の82%は飯塚圏内の医療機関を受診しているため、飯塚圏内の関係機関の連携を推進・構築することが課題である	○管内の訪問看護ステーション間の連携が円滑である ○高齢者が多く、「どうもならなければ病院に行かない」という考えもあり、病状が悪くなってから受診する風土がある ○経済的な理由により訪問看護の利用が進まない ○在宅医療に熱心な医師の情報が少ない	○ターミナルや医療依存度の高い患者を受け入れられる医療機関や訪問看護ステーションがあるが偏在している ○在宅緩和に関するケアネットワーク研究会がある ○ホスピスの研修を受けたボランティアがあり、地域で活動している
○在宅医療への取り組みを把握 方法：ヒアリング 対象：医師会、薬剤師会、がん診療連携拠点病院の地域連携室、地域包括支援センター、ケアマネジャー連絡協議会、管内診療所	○在宅医療への取り組みを把握 方法：ヒアリング 対象：病院退院調整部署、訪問看護ステーション、診療所等	○管内訪問看護ステーションの実態調査（15か所） 方法：質問紙票 対象：訪問看護ステーション
○在宅移行の際の連携・調整上の課題等の把握のための調査 方法：ヒアリング 対象：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）、在宅医療に取り組む診療所医師		・在宅医療関係機関の実態および課題の把握 方法：質問紙票 対象：協議会メンバーに協議会参加前に回答を依頼
○医師会理事、薬剤師会理事、がん診療連携拠点病院、診療所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー連絡協議会、学識経験者、保健所長（2回、10名）	○医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、病院の地域医療連携室、地域包括支援センター、市担当課、保健所（1階、14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、重症経陰性難病ネットワーク、保健所（2回、24名）
○地域の現状やがん患者の在宅医療の推進を中心に連携体制を組むことを踏まえ、構成を考えた	○顔の見える連携を重視し運営した	○在宅医療に理解が得られ、中心になって動いてくれる人をメンバーに依頼した ○協議会の開催回数を最低限にするため、難病のネットワーク会議と合わせて行うようにした ○開催前に在宅医療に関する実態を把握したため、会議を効率よく進めることができた
○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あったため、連絡協議会の設立を支援した		○既存の緩和ケアに関するネットワークと協働を目指し、活動の情報収集や、研究会等への参加を積極的に行った ○事例検討を通じて、顔の見えるネットワークづくりができた ○地域連携バスの作成等を通じ、関係機関の連携を深める
○NPO法人長崎在宅Dr. ネット、福岡県北保健福祉事務所の視察	○NPO法人長崎在宅Dr. ネットの視察	○山口、滋賀県草津保健所への視察
○見えてきた課題を踏まえて在宅緩和ケアと地域連携に関する研修を開催。対象者は医療機関、訪問看護ステーション等。	○専門職を対象にした研修会を開催	○具体的な在宅医療の知識および技術の向上のため、ケア提供者を対象に吸引処置に関する研修会を開催した
○医療情報ネットの活用	○医療情報ネットの活用	○医療情報ネットの活用 ○調査票にて訪問看護ステーションの提供する医療処置やケア内容の把握を行った
○在宅療養中の患者家族への医療情報について情報提供した（1件）		○10件程度の相談があった。関係機関への連絡がスムーズに行え、相談者は満足されることが多かった ○協議会等を通じて関係機関にPRし、良好な関係をつくっておくことで、関係機関からの相談も多かった ○住民からの相談に対しても、協議会のネットワークが活かされ、円滑に他機関につなぐことができた
	○在宅の難病患者事例の事例検討会を開催	○事例検討会を実施した。関係機関の役割と連携の取り方を具体的に学べただけでなく、顔が見える関係づくりを行うことができた
○記者発表（11月）	○記者発表（11月）	○記者発表（11月） ○リーフレットの作成（未配布）
○ヒアリングを行い現状を把握した ○連絡協議会の設立支援を行った	○ヒアリングを行い現状を把握した	○実態調査、ヒアリングを行い、課題を明確にした ○管内の資源リストを作成した
○地域の現状と課題が把握でき、関係者間で共有できた <明確になった課題> ○在宅医療に取り組んでいる医療機関等の情報が把握しにくいこと、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・調整が不十分であることが分かった ○介護保険制度の認定の仕組みや利用できるサービスががん患者にはすぐわかないこと、若年者等、福祉制度を利用できない者がいること等、が明らかになった	○地域の現状と課題が把握でき、関係者間の連携を推進できた <明確になった課題> ○管外に大きな病院があり、管内に資源が少ないため、一旦病院に入院すると、管内に戻ってくるのが難しい可能性があることが分かった ○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	○地域の現状と課題が把握でき、関係者間で共有できた <明確になった課題> ・課題として、医師との連携、介護保険による制約等が主に挙がった ・退院前に在宅の準備（告知、処置の説明等）を行ってから帰宅できる体制を構築する必要がある ・訪問看護ステーションにはスキルや体制の問題があるが、在宅医療には欠かせない存在であるため、モデル事業等で明らかになった課題を検討していく必要がある
○がん患者・家族が早期から「在宅医療」を知ることができる ○がん患者・家族が地域の医療機関等に円滑につながる ○がん患者・家族が希望する看取りの場所で最期まで過ごせる ○診療所・施設等の後方支援が充実する	○在宅医療を支える資源情報を整理するため、医師会も含めた名簿の作成を行う ○事例検討を通して方向性の明確化を図る	・切れ目ないサービスの提供により、在宅療養者が最期まで安心して暮らせるよう、今年度明らかになった問題を、地域全体の課題として協議していく ・住民に対して「希望すれば相談が受けられる場所」として地域在宅医療支援センターをPRする

図表Ⅲ-10 平成21年度地域在宅医療支援センター事業について



	平成20年度の実施結果	課題
<p>① 協議会や事例検討会の開催で地域の課題を明確化する。</p> <p>② 管内社会資源情報の整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協議会の開催を通し、管内の主な関係機関への働きかけや事業の概要説明、関係者との情報、課題の共有ができた。 ・ 問題意識が高い管内の関係機関やメンバーが把握できた。 ・ 上記の結果、地域の課題が浮かび上がってきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 地域のネットワークカに差が見られた。 ・ 既存事業(難病等)ネットワークが活用できたところもあった。 ・ 会議開催までに関係機関の問題点の集約、整理ができ、今後の方針が共有できたかどうかでも地域差がみられた。 ◇ 関係機関の問題意識や支援スキルの差に対する解決に向けた具体策まで実施することができた地域が少なかった。(各関係機関の課題抽出から地域全体の課題把握まで至らない地域もあった。)
<p>② 管内社会資源情報の整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションや医療機関などへのヒヤリングを通して、管内の社会資源の過不足が把握できた。 ・ 管内の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションへのアンケート調査が年度内に実施できなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 社会資源情報は整理できたが、住民、関係機関へ情報提供できる形(内部資料・提供資料等)にまでは至らなかった。 ◇ 情報提供の形態を標準化できなかった。 ◇ 把握した情報の質と量の差があった。
<p>③ リーフレットの作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療指導課で提案した(案)を元に各支援センターでリーフレット作成。 ・ リーフレット作成のためのワーキング作業ができなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 啓発の意義と方法を検討、再確認する必要がある ・ 各地域に応じた内容とするか共通する事項とするか。 ・ 市町村や医療資源の協力体制にも地域差が見られる。(リーフレットに掲載する相談窓口など)

④ 相談支援スキルの習得	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援センター設置準備のための研修会を通して緩和ケアの必要な終末期在宅療養者の支援や訪問看護の実際を知った。 ・ 個別支援を通して、関係機関連携や支援システム等の問題点を把握することができた。 ・ 相談件数によっては、スキル習得に至らなかった。 ・ 積極的なモデル訪問看護ステーションにおいては、支援センターの連携が十分にできた。 ・ モデル訪問看護ステーションとの同伴訪問や訪問看護支援までには至らなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所内の支援体制、準備状況の差。 ・ 住民、関係機関への周知などを積極的にこなす事で相談件数を上げる。 ・ 相談支援スキルの平準化。
⑤ 24時間体制の訪問看護ステーションの増加		<ul style="list-style-type: none"> ◇ モデル訪問看護ステーション間にも取り組みの差があり、1年目は、それぞれの事業実施に追われ、十分な連携時間が取れなかった。 ◇ 訪問看護における制度上、人員確保や運用などの問題も大きく、「ステーションの増加」の目標は、1年では、到達困難なものであった。

3.3 4 箇所モデル訪問看護ステーションの取り組み

モデル事業に取り組んだ訪問看護ステーションの概要は図表Ⅲ-11の通りである。今年度は各モデル事業において、どのような対象者が、どの程度あるのかを明らかにし、来年度以降の評価方法を検討することを重点に実施した。

実施方法や結果等については訪問看護ステーションの管理者への聞き取りや定期的開催された担当者会議での議事録を基に記述した。

以下に、モデル事業ごとに実施内容と評価を示す。なお、モデル事業ごとの利用者についての情報は図表Ⅲ-12の通りである。

1) 24時間訪問看護体制モデル

(1) 背景および目的

医療依存度の高い在宅療養者の増加等により、夜間も含めた24時間計画的な訪問看護が必要である者が増加している。そこで、モデル事業では、実際に24時間の計画的な訪問看護を提供し、その効果を検証することを目的とした。

(2) 方法

実施ステーションは、宗像医師会訪問看護ステーション・ひといきの村訪問看護ステーションであった。両事業所においては、準夜帯の訪問を実施した。常勤および非常勤で対応し、夜間訪問の翌朝の勤務は遅出勤務とした。

(3) 結果および考察

対象数は10人、対象像は、ALS、がん患者、独居高齢者、等であり、医療処置やケア内容は、吸引、がん末期の状態観察、体位交換が必要な者、等であった。

日中の訪問だけでは病状の変動や家族の介護負担により再入院の可能性が高かったがんターミナルの利用者を、準夜帯の訪問看護の利用により在宅で看取ることができた。この事例から、緊急訪問の減少や入院の回避、在宅療養の継続、在宅での看取りに効果があると考えられた。他の事例からも、家族の夜間の入浴時間や睡眠時間の確保や、日中の会話では出てこないような家族の本音が夜になると聞かれることもあり、家族の身体的・精神的なケアにも有効であると考えられた。

一方、訪問が必要な時間帯は重なりやすい（特に準夜帯）く、利用者の希望に応じられないケースが生じた。安定した利用者数が確保できれば新たに訪問看護師を雇用することも可能だが、元々病状が不安定な者が多いため、変動しやすい。利用者のニーズに応じたタイムリーな訪問看護の提供は課題である。

また、本モデル事業の対象者は医療依存度が高い利用者であり、各ステーションから、インシュリン注射やCAPD等（元々限度額が低い）の医療依存度の高い者につ

いては、特別指示書を月に2回利用できるようにして欲しい、同一日に、同一法人内の訪問診療があると訪問看護の算定できないため算定できるようにして欲しいといった要望が聞かれた。

2) 訪問看護と訪問介護の一体型モデル

(1)背景

医療依存度が高い者や体重の重い者等の訪問は看護師一人では効率が悪い場合がある。訪問看護師が介護職と同行訪問することによって、ケアの効率が上がり、さらにケアの充実が図れるのではないかと考える。そこで、本モデル事業では訪問介護・訪問看護が同行訪問し、その効果を検証することを目的とした。

(2)方法

全モデルステーションにおいて実施した。

介護職の雇用方法は2種類生じた。直接雇用型（訪問看護ステーションが直接介護職を雇用する）と、他事行書との共同型（訪問看護ステーションが訪問介護事業と契約する）であった。

(3)結果および考察

対象数は36人であった。訪問看護と訪問介護の同行訪問を必要とする利用者の状態像は、ALS、がん末期患者、脊椎損傷、体重の重い者、等であり、必要な医療処置は、吸引、体位交換、排便管理、清拭、入浴介助、等であった。

得られた効果としては、第一に通常一人で訪問する時よりケアを効率的に行えるため、同じケア内容であっても短時間で実施できていた。短縮できた時間は、これまで時間が押してできなかった、本人や家族との会話、リハビリ、疼痛のアセスメント等に充てることができたことから、ケア内容の充実が図れたと考えられた。

次に、一人で体位交換や清拭を行う時よりも安定した体位保持が可能になったことから、本人に苦痛の少ないようにケア提供できたと考えられた。また、看護師自身も無理な体勢を取ることや、負荷が少なくなったことから、身体的に楽であったという感想が聞かれた。また、看護師は、これまで時間が押してできなかったケアを実施できることや、看護師の本来の業務に専念できることにより、看護師自身の達成感や満足が高まるという効果も見られた。

雇用については、直接雇用型は、細かい融通が利くというメリットある一方、雇用や介護職への研修に労力がかかるというデメリットがあった。他事業所との共同型は、雇用の労力がかからずコストとしては直接雇用型より安価である一方、細かい融通が利かないことがデメリットとしてあげられた。現在、訪問看護ステーションが介護職

を雇用してサービス提供を行っても報酬がつかない。今回複数のモデル事業を実施しているが、管理者らが最も制度化して欲しい制度と思ったモデル事業であった。来年度は、介入研究により効果を検証する予定である。

3) デイホスピスモデル

(1)背景および目的

がんのターミナル患者が在宅療養を望んでも、ADLが高いため要介護認定の適応にならず、利用できるサービスが少ない。また、長期の介護疲れに対する家族へのレスパイトケアの必要性も高まっている。そこで、がんターミナルや医療依存度の高い在宅療養者に日中に出かけられる場所を提供し、その効果を検証することを目的とした。

(2)方法

実施ステーションは、ひと息の村訪問看護ステーション、訪問看護ステーションすいせんであった。

各訪問看護ステーションは、同一法人内のデイケアや空きスペース等を最大限活用した。ひと息の村訪問看護ステーションでは、主にターミナルのがん患者に日中の居場所を提供し精神的なケアを行うことを目的に、訪問看護ステーションすいせんで主に家族のレスパイトケアを目的としたデイホスピスを実施した。

(3)結果

対象者数は7人であった。得られた効果としては、ターミナルのがん患者については、利用者の要望に応じたお料理等のプログラムの実施や、ピアカウンセリングによる精神的支援を行うことにより、参加されている間は穏やかに過ごされていたことから、がん末期の精神的苦痛を和らげることができていたと考えられた。また、病状の進行による急激な身体状況の変化を予測し、予め在宅療養環境（訪問看護サービスの導入等）を整えることができたという効果も見られた。

家族のレスパイトケアでは、日中家族が介護から解放される時間ができたことから、家族の身体的・精神的な支援が可能になり、ひいては本人の在宅療養の継続につながると考えられた。

但し、利用者数が少なかったため、実際は採算が合わないことが予測された。今回は、同一法人内の資源を活用していたが、それができず初期投資等の必要性がある場合はさらに難しいと考えられた。今回は、デイホスピスの送迎を家族が行っていたが、実際に行う際には課題になるであろう。

4) スーパーバイズモデル

(1)背景および目的

訪問看護ステーションによって提供できる技術、医療依存度の高い利用者への訪問経験、看取りの経験には差があると言われている。そこで、経験の少ないステーションを支援することは地域の受け皿の強化につながると考え、経験の多いステーションが同行訪問やアドバイス等を行い、その効果を検証することを目的とする。

(2)方法

実施ステーションはひといきの村訪問看護ステーションであった。看取り経験の多いひと息の村訪問看護ステーションが、看取り経験の少ない近隣ステーションにアドバイスをを行った。

(3)結果および考察

対象者数は1人であり、がんのターミナルであった。得られた効果としては、看取り経験のないステーションが、ひといきの村訪問看護ステーションのアドバイスにより安心して看取ることができ、自信がついた。今後も在宅での看取りを希望する者を受け入れる意向である。アドバイスをを行ったひと息の村訪問看護ステーションの看護師も

本来、近隣の訪問看護ステーション間は競合関係にあるため、技術を教えあうという関係性を築くことは難しい。今回成功した要因として、事前に保健所が管轄地域の訪問看護ステーションに説明を行っていたことであると考えられた。本事業を進めるのあたっては行政の支援が不可欠であろう。

5) 複数の訪問看護ステーションの連携モデル

(1)背景

わが国の多くのステーションは小規模であるため、医療依存度が高く、多くの訪問回数を必要とする患者の受け入れが難しい場合がある。そこで、複数のステーションが協力して一人の利用者を訪問することにより、その効果や実現可能性を検証する。

(2)方法

実施ステーションは訪問看護ステーションすいせんであった。

(3)結果

対象者数は1人であり、疾患はALSであった。他のステーションで受け入れていた

ALS 患者の訪問のうち、週に 1 回の訪問を訪問看護ステーションすいせんが担当した。得られた効果としては、利用者が在宅療養を継続させることができ、お互いのステーションが利用者確保できた。

本モデル事業は、ステーションのマンパワー不足や、経営の安定に効果的であると考え、スーパーバイズモデル事業と同様に、近隣の訪問看護ステーション同士は、本来、連携が難しい関係性であるため、その実現には行政支援が必要である。同時に、現在医療保険においては同一日 2 箇所以上の訪問看護ステーションが報酬を算定できないため、制度上の見直しも必要と考える。

6) 4 箇所のモデル訪問看護ステーションの取り組みのまとめ

モデル事業ごとの、対象者像や課題が明らかになった。来年度は具体的に効果を検証することで、施策・提言につなげていく。

図表Ⅲ-11 在宅医療推進事業のモデル訪問看護ステーション一覧

管轄の保健福祉環境事務所 (地域保健医療圏)	施設名	スタッフ数	在宅ホスピスの経験					年間看取り件数
			重度障害小児	神経難病	IVH	人工呼吸器	気管切開	
宗像 (福岡)	宗像医師会 訪問看護 ステーション	常勤看護師 4人 非常勤看護師 13人 PT 1人	○	○	○	○	○	7件
山門 (筑後)	訪問看護 ステーション すいせん	常勤看護師 8人	×	○	○	○	○	3件
嘉穂 (筑豊)	アップルハート飯 塚訪問看護 ステーション	常勤看護師 3人 非常勤看護師 2人 非常勤 OT 1人 PT 3人	○	○	○	○	○	7件
京築 (北九州)	ひと息の村 訪問看護 ステーション	常勤看護師 9人 非常勤看護師 3人	○	○	○	○	○	20件